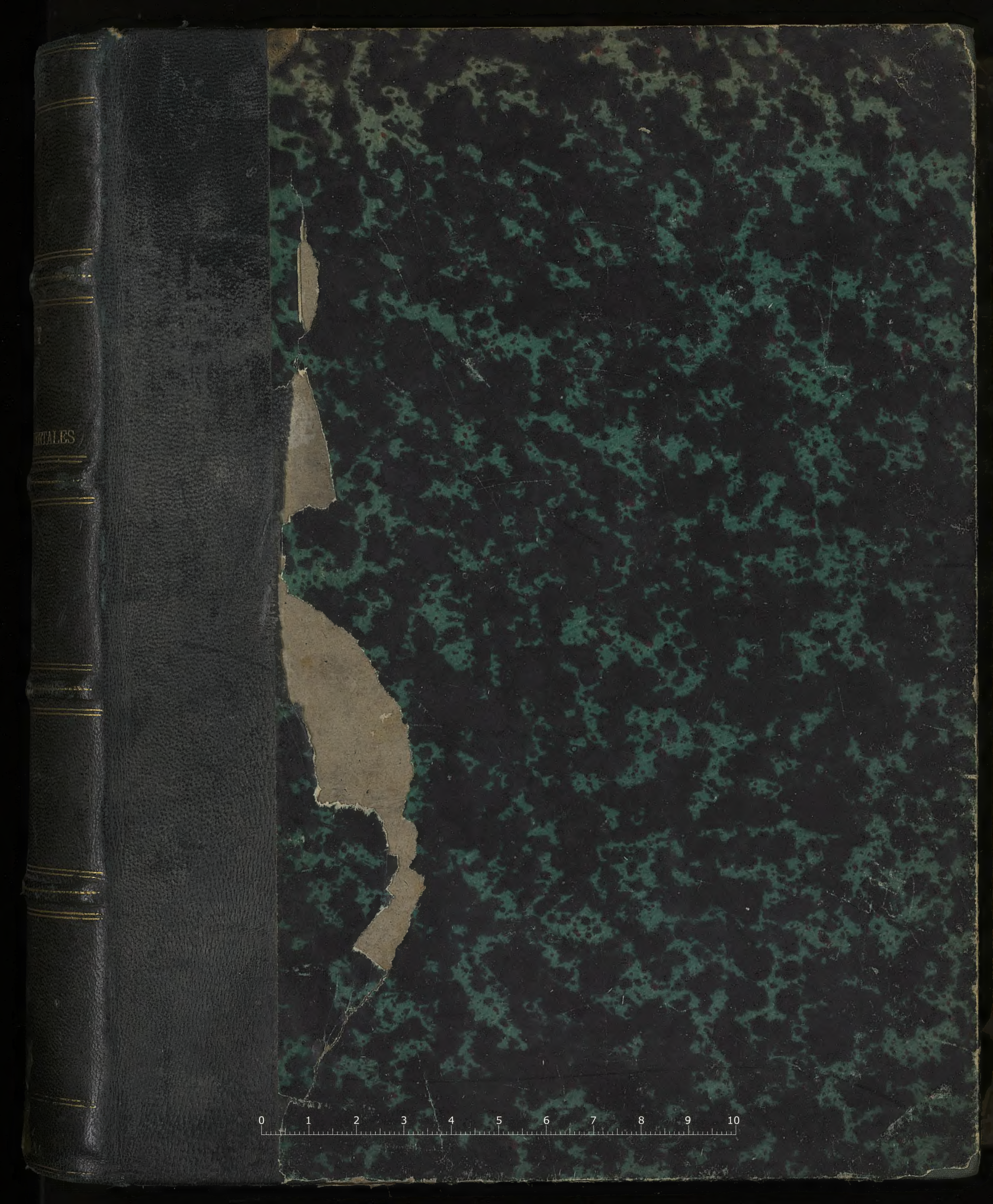
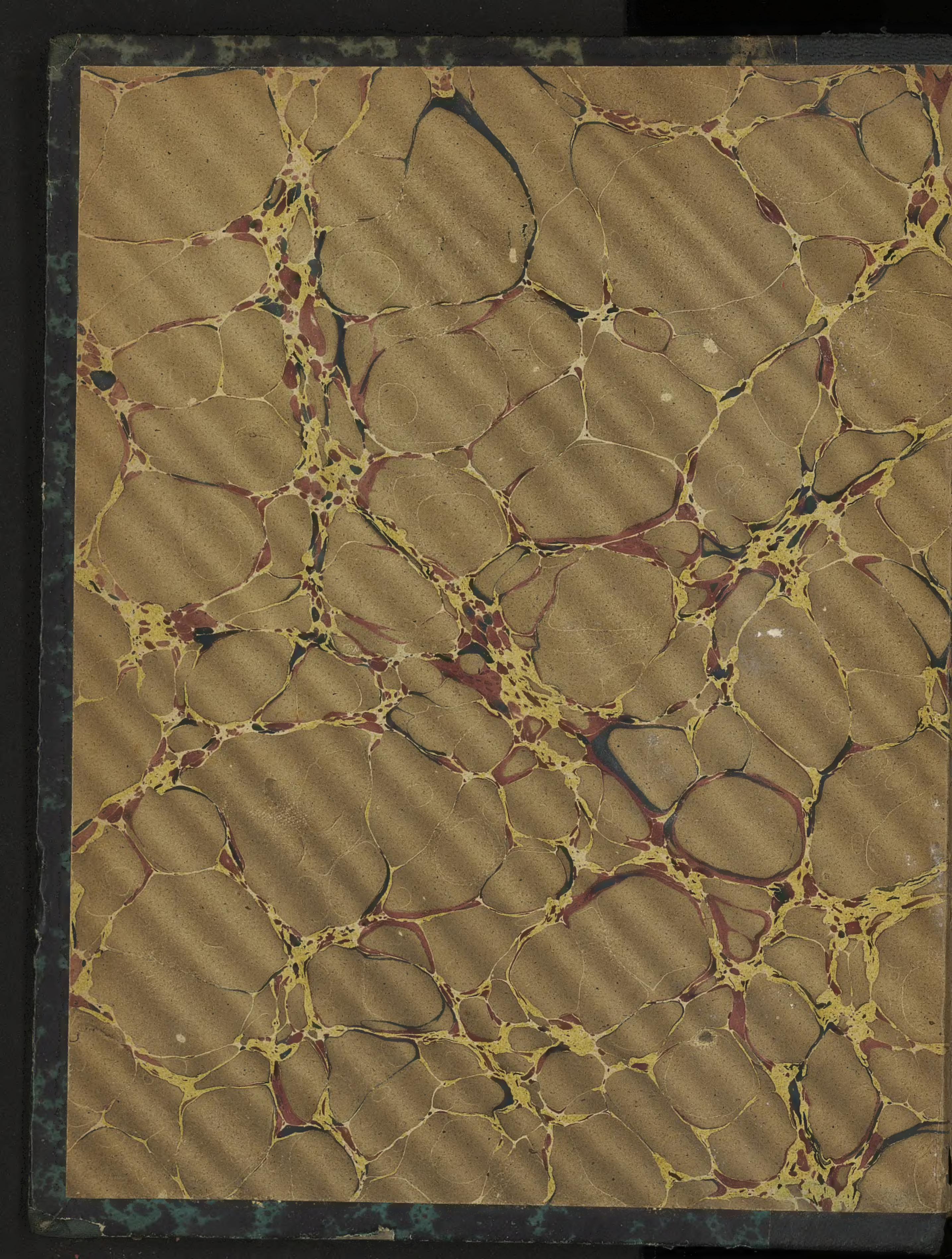
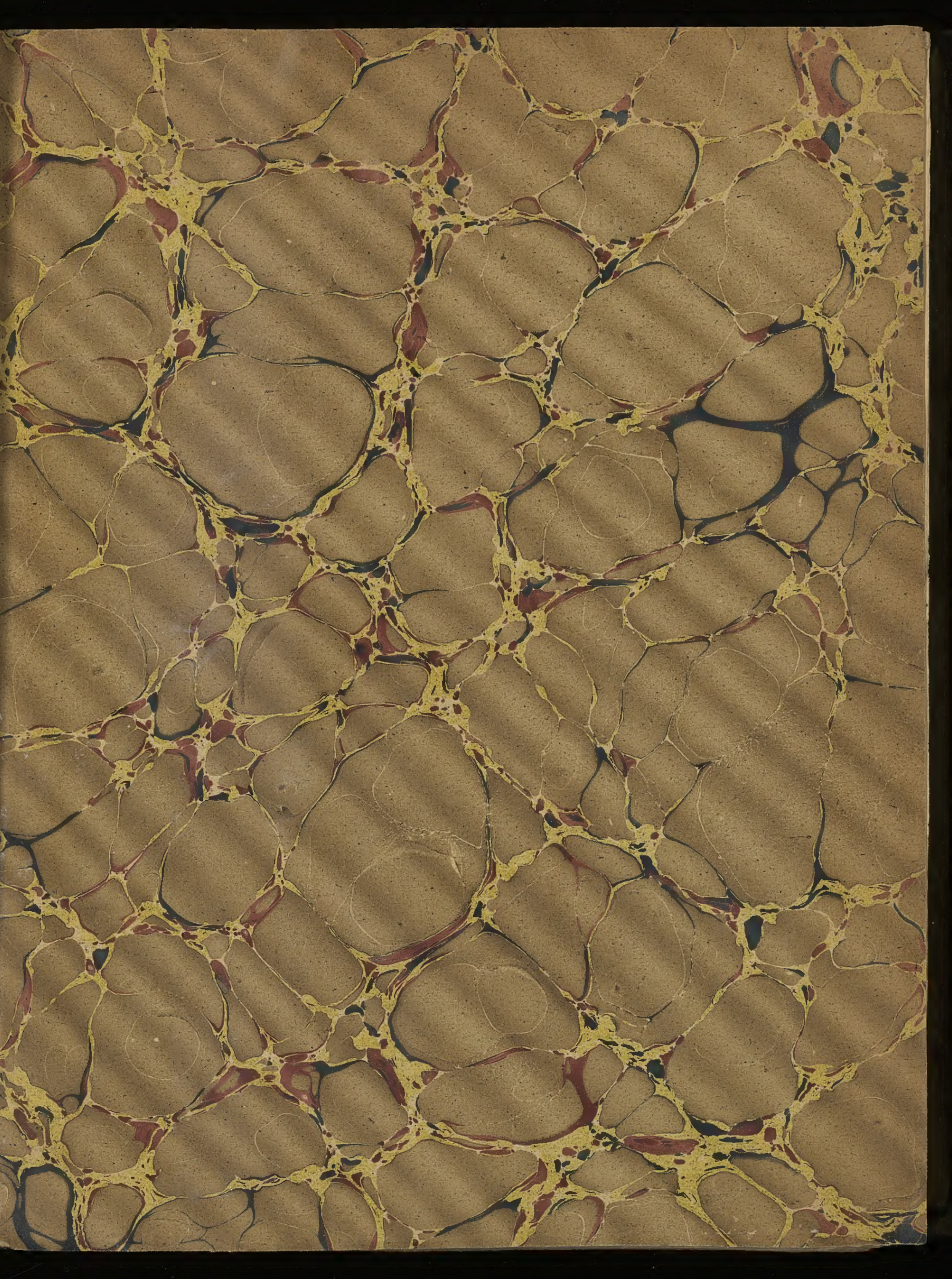


...RTALES
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10





7 Novembre 1886.

Messieurs,

Je vais recommencer cette année un cours sur les maladies mentales qui sera composé, comme les années précédentes, de huit leçons, pendant le mois de novembre et

de décembre. Le jeudi, nous ferons l'examen clinique des malades dans les services, et le dimanche, je ferai quelques leçons générales sur différents sujets, sur des sujets autres que ceux que j'ai déjà traités l'année dernière.

L'année dernière, j'avais eu soin de passer en revue les formes que j'avais appelées formes nouvelles de maladies

non pas qu'elles fussent nouvelles en elles-mêmes, au point de vue clinique, car il n'y a rien de nouveau en pathologie ni au point de vue de l'histoire naturelle, dans toutes les maladies de l'existence, mais elles étaient nouvelles au point de vue de la description et au point de vue de la classification régnante. Les années précédentes, je vous

exposé, dans une première leçon, le mouvement général de la médecine mentale depuis 40 ans. J'ai cherché à vous montrer comment une transformation lente et, en quelque sorte, latente, s'était opérée dans les esprits, et comment, peu à peu, sans s'en apercevoir, en quelque sorte, on était passé, par étapes successives, à la doctrine de

Pinel et d'Esquirol, à des doctrines à des classifications acceptées tou_tes nouvelles. Les classifications acceptées par Pinel, par Esquirol et par leurs élèves, la division des aliénations mentales en qua_tre ou cinq groupes; la manie, la mélancolie, la monomanie, la démence et l'idiotie ou l'imbé_cillité. Cette classification qui règne encore aujourd'hui dans

les esprits, et à laquelle on fait allusion dans tous les ouvrag cette classification a, en réalité, cessé d'exister. De nouvelles dé nominations, de nouvelles descrip tions, se sont substituées peu à peu aux descriptions de la manie, de la mélancolie, de la monomanie, de Pinel et d'Esqui rol. Aujourd'hui de nouvelles études ont été faites, soit en

France, soit à l'étranger, et on est arrivé à décrire des formes épileptiques, hystériques, hypocondriaques, des variétés du délire de persécution, de la mélancolie, la paralysie générale et ses diverses variétés, la folie circulaire ou à double forme, enfin les folies héréditaires qui tendent de plus en plus à s'introduire dans la science mentale

qui, après avoir été indiquées p.
Morel, dans son traité des dé-
générescences et dans son traité
des maladies mentales, tendent
à s'introduire de plus en plus
dans notre science spéciale. Vous
voyez donc que de nouvelles for-
mes sont entrées dans la scien
spéciale et méritent une des-
cription particulière. C'est
sur ces diverses formes que j'ai

insisté dans le cours des années précédentes.
Cette année, pour ne pas me répéter, je passerai en revue d'autres sujets. Je reviendrai sur les folies héréditaires parcequ'elles méritent une attention particulière et qu'elles sont, aujourd'hui, à l'ordre du jour.
Mais, en dehors de l'hérédité et des folies héréditaires qui feront l'objet principal du cours de cette année, je chercherai à

étudier avec vous d'autres états qui méritent également une description particulière : par exemple, les diverses variétés de l'alcoolisme aigu, subaigu et chronique, les folies périodiques, intermittentes, rémittentes, les folies épileptiques, hystériques et les folies dues à un traumatisme cérébral dont Lasègue a décoré les malades du nom

de cérébrause.

Ces diverses variétés méritent également une description et nous compléterons le cours des années précédentes par la description de quelques formes également nouvelles que je n'ai pu aborder dans les leçons précédentes. Au lieu d'insister cette année, sur la paralysie générale et ses variétés, sur

les diverses variétés de la mélan-colie, je m'appesantirai sur ces autres formes dont je viens de vous parler. Mais aujourd'hui mon intention est de faire une leçon d'ouverture sur un sujet qui est absolument à l'ordre du jour, c'est à dire sur la responsabilité partielle ou totale des aliénés.

M. le professeur Ball, dans

une communication extrêmement intéressante qu'il a faite récemment à l'académie de médecine, a, de nouveau, soulevé cette question qui, comme je vous le dirai tout à l'heure, existe depuis bien longtemps dans la science, et il l'a traitée d'une façon très remarquable. Son travail ou son discours publié à l'occasion des faits récents de la famille Mercier, ce discours

est très intéressant et il a défendu cette question par des arguments aussi bons que possible, quand on se place au point de vue où il s'est placé ; mais je considère cette défense de la responsabilité partielle comme un malheur pour la science, un malheur pour la médecine légale des aliénés, pour la médecine légale des aliénés, et je suis précisément dans le camp

opposé. Comme mon père, comme beaucoup d'autres auteurs qui ont écrit sur ce sujet, je pense que l'irresponsabilité des aliénés doit être absolue, que dès lors qu'on est aliéné on doit être exonéré de toute responsabilité quelque soit la forme de maladie mentale à laquelle on appartient.

Je viens donc essayer, comme je l'ai déjà fait dans plusieurs travaux, combattre

la théorie de la responsabilité partielle et vous prouver que les aliénés doivent être considérés devant les tribunaux comme irres-pousables, aussi bien au point de vue criminel qu'au point de vue civil.

Je commencerai par un historique rapide. Depuis l'antiquité jusque à notre siècle, les aliénés ont été l'objet de traitements très

cruels, et très souvent considérés comme des criminels ; non seulement ils ont été relegués dans les prisons, enfermés dans les coins les plus isolés, les plus obscurs des ~~supplices~~ hospices ; non seulement ils ont été méconnus par la plupart des personnes de la société, mais même par les médecins, et ils ont subi les traitements les plus mal-

heureuse à tous les points de vue, et surtout au point de vue de la justice. Beaucoup d'aliénés ont été condamnés comme criminels. On ne comprenait, sous le nom d'aliénés que les formes les plus caractérisées de l'aliénation mentale : la démence, la manie aiguë, les délires fébriles, les états violents de trouble mental aussi com-

plet que possible avaient seuls
l'honneur de l'exonération légale
Quant à la plupart des folies
partielles, elles étaient méconnues,
elles n'étaient pas considérées
comme de véritables folies. Il
faut faire cependant une excep-
tion pour un auteur célèbre
du moyen âge, Paul Zacchias,
médecin du pape Innocent
+ qui a fait un traité de

de médecine légale publié au
XVII.e siècle, et qui est certaine-
ment en avance de plusieurs
siècles sur cette époque. Dans
ce traité, Paul Zacchias distingu
les folies en folies générales ou
partielles. Il étudie avec un
soin remarquable, les aliénés, par-
tels au point médico-légal
Le docteur Morel a publié un
traité sur la médecine légale

il a eu soin, entre autres, de faire ressortir le mérite de Paul Zacchias, à ces divers points de vue. Mais en général, jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, les aliénés n'ont pas été considérés comme irresponsables lorsqu'ils avaient seulement quelques idées fausses dans une intelligence saine. La folie partielle, en un mot, n'a pas été considérée par la plupart des médecins

comme une cause d'exonération légale. C'est à partir de Pinel et du commencement de ce siècle qu'on a commencé à étendre la sphère de l'irresponsabilité pour les aliénés. La folie partielle a pris droit de cité, et on a exonéré souvent, devant les tribunaux, des aliénés atteints de délire partiel. Cependant si nous commençons l'étude en Angleterre, au

commencement de ce siècle, nous remarquons que depuis 1801, époque où à l'occasion d'un meurtre commis par un aliéné sur un roi d'Angleterre cette question a été mise à l'ordre du jour. Les médecins, les avocats, les magistrats, ont passé par des étapes successives très intéressantes à étudier au point de vue de cette question spéciale. On a commencé par

poser en principe que l'aliéné n'a-
vait pas conscience de ses actes,
que l'aliéné devait être exonéré
de responsabilité uniquement dans
le cas où il avait commis un
acte dont il n'avait pas conscien
Or, ce premier criterium est tout
à fait inapplicable, tout-à-
fait insuffisant. L'observation
prouve, en effet, que la plupart
des aliénés, excepté dans le trou-
ble complet de l'intelligence

ont parfaitement conscience des actes qu'ils accomplissent. Si l'on adoptait ce criterium de la législation criminelle anglaise, on arriverait à condamner presque tous les aliénés. Ce criterium est donc absolument insuffisant.

Après la conscience de ses actes, les Anglais ont introduit dans la législation un autre criterium : c'est le discernement du bien et

et du mal, la conscience mo-
rale. Ils ont admis que
tout aliéné qui avait la
conscience d'accomplir un ac-
mauvais en lui-même, qui
savait distinguer le bien et
le mal, devait être condamn
comme un criminel ordinaire.
C'est là le second criterium
qui a été accepté par la
législation anglaise. Ce cri-

terium est absolument insuffi-
sant. L'observation de tous
les jours nous prouve que beau-
coup d'aliénés ont la cons-
cience du bien et du mal,
que c'est une faculté qui ne
disparait que dans les cas
extrêmes, que dans les cas
rares de trouble mental très
étendu ou d'affaiblissement
intellectuel considérable et que
la plupart des aliénés que

nous observons aujourd'hui est parfaitement la conscience du bien et du mal. Ce criterium est donc absolument insuffisant, et cependant il a été admis par la législation anglaise comme criterium principal, déterminant. Peu à peu, un correctif s'est établi dans cette même législation. On ne s'est plus contenté de la conscience du bien et

du mal en général, mais on a admis que l'aliéné devait être condamné quand il avait, dans le cas particulier, soumis à l'examen, conscience du mal qu'il avait fait. On a limité la conscience du bien et du mal au cas particulier soumis à l'examen. Par conséquent, devant les tribunaux, les magistrats, les avocats et les médecins

faisaient condamner un aliéné toutes les fois qu'ils avaient pu démontrer qu'il avait agi en conséquence de cause et qu'il avait fait une mauvaise action en sachant qu'elle était mau-vaise. On appliquait ce criterium non plus en général, mais au cas particulier soumis à l'examen. Ce mode de procéder était encore tout à fait insuf

fisante. On excluait un grand
nombre d'aliénés de l'exoné_
ration légale. Peu à peu en
vertu de nouvelles discussions
qui ont eu lieu, soit devant les
tribunaux, soit devant le parle_
ment la législation anglaise
a encore restreint davantage
la limite de la responsa_
bilité des aliénés : on est
arrivé à établir que l'aliéné
qui agissait en vertu d'un

délire, en vertu d'une idée délirante devait être exonéré; qu'au contraire, lorsqu'il n'y avait pas de délire, lorsqu'il n'y avait pas de motif délirant, on devait le condamner. C'est là un nouveau criterium que l'on a cherché a établir dans la législation anglaise. Plus tard enfin, le cercle s'est encore rétréci, et on a cherché a examiner le

le délire en lui-même. On a dit : Si le délire est relatif au fait en question, si l'aliéné a agi en vertu d'un motif délirant dans le fait soumis à l'examen il sera exonéré ; si, au contraire, il a agi en dehors de la sphère de son délire, il sera condamné ; si l'aliéné agit en vertu des motifs qui font agir ordinairement les criminels ou les hommes à

l'état normal ; s'il a agi en vertu d'un motif de jalousie de vengeance, d'un motif pa[ssionné], il sera condamné comm[e] un criminel ; si, au contraire il a agi en vertu d'un motif délirant, il sera exonéré. Je vous voyez sous une forme très rapide, car il m'est impossible de rentrer dans les détails aujourd'hui, dans une seule leçon, vous voyez

qu'il y a eu en Angleterre, des étapes successives dans la législation et dans la marche de l'esprit public, car la législation n'a été que la représentation de l'opinion publique. On est arrivé peu à peu à établir des criteriums successifs pour dicerner la raison de la folie et pour déterminer si l'aliéné soumis

aux tribunaux devait être condamné ou exonéré de responsabilité légale. Ce travail qui s'est accompli en Angleterre, s'est produit également dans d'autres pays. En Amérique, on a suivi peu à peu les mêmes étapes qu'en Angleterre et on est arrivé à un point un peu plus voisin de celui où nous sommes ac-

tuellement en France. En Allemagne, également, on a passé par ces diverses étapes et l'on est arrivé à un point plus avancé au point de vue de l'exonération des aliénés. Ainsi la législation allemande admet que tout individu atteint d'aliénation mentale doit être exonéré, alors que l'on peut démontrer qu'il a cédé à une force plus puis-

sante que sa volonté. Voilà où est le correctif qui est encore exagéré et qu'il fallait supprimer dans la législation. Le professeur Grison qui a souvent fait des rapports de médecine légale en Allemagne, un homme éminent, a eu soin de dire que, quant à lui, il n'examinait jamais la seconde question qui lui était soumise par les tribunaux; il se bor-

nait, comme médecin à constater que l'individu était atteint d'aliénation mentale et il concluait, par cela même, à l'exonération de toute responsabilité, qu'il ne répondait pas à la seconde question posée par les ~~aliénés~~ magistrats, à savoir si cet aliéné avait, oui ou non, perdu complètement son libre arbitre. Pour lui, ces deux termes étaient solidaires et il se bornait comme médecin à

répondre à la première de ces questions. C'était là le vrai progrès de la science médicale. En France, nous avons commencé en sens inverse de l'Angleterre nous avons commencé par l'ir responsabilité totale des aliénés. Pour Pinel, Esquirol et leurs successeurs, il n'y avait pas de doute. Toutes les fois qu'un individu était considéré

comme devant être exonéré totalement de toute responsabilité. Telle est la doctrine qui a régné pendant très longtemps en France et qui a encore aujourd'hui des défenseurs, doctrine à laquelle je me rallie complètement. Pour Pinel, pour Esquirol et pour leurs élèves, tout aliéné était irresponsable, sans distinction de forme d'aliénation mentale que l'aliénation fut partielle ou générale, que l'a_

liené ait ou non, le dicernement du bien et du mal, qu'il y ait ou non préméditation, motif de vengeance, motif de jalousie, motif physiologique, en un mot, dans l'état mental caracterisé, peu importe ces divers motifs, ces divers mobiles de l'action. Dès lors, qu'un acte était commis par un aliéné, il devait être exonéré. Telle est la doctrine qui a

régné en France depuis le commencement du siècle jusque vers 1850 ou 1852. A cette époque, on a commencé en France à établir une réaction et à marcher en sens inverse du mouvement qui avait eu lieu en Angleterre. En Angleterre, on a commencé par la responsabilité très partielle pour arriver peu à peu vers l'irresponsabilité ~~totale~~. En France, au contraire, le mouvement s'est

fait malheureusement en sens inverse.

A la société médico-psychologique en 1852, le docteur Belloc, s'appuyant sur l'opinion de Gaspard dans son traité de médecine légale a soutenu une thèse qui n'est autre que celle de la responsabilité partielle. Il s'est basé sur un fait d'observation qu'il a rapporté d'un malade atteint d'une folie raisonnante,

d'une folie très restreinte, et, se fasant sur cette observation médico-légale, il a posé en principe, devant la société médico-psychologique, que les aliénés devaient être, dans certains cas, rendus responsables de leurs actes, et il a posé ce criterium de la sphère du délire : si l'aliéné agit en vertu d'un motif tiré de la sphère de son délire, il doit être considéré comme irresponsable

si, au contraire, il agit en vertu
d'un motif étranger à son dél
d'un motif analogue à celui
des criminels ou des hommes à
l'état normal, il doit être
condamné quoique aliéné. Cette
discussion soulevée à la sociét
médico-psychologique a été
très longue et beaucoup d'ou
teurs sont intervenus succes-
sivement, les uns pour défend
la thèse de la responsabilité

partielle, les autres, au contraire pour défendre l'ancienne opinion de l'irresponsabilité totale. Plusieurs philosophes, M. M. Hott, magistrat, Deny, Bellini, etc, ont, devant la société, défendu la thèse de la responsabilité partielle. Ils ont même été plus loin que M. Belloc, en soutenant que l'aliéné devait être rendu responsable et condamné même pour des actes accomplis

en vertu des idées raisonnantes que le monomane savait ce qu'il faisait, qu'il savait discerner le bien du mal, qu'il savait en vertu de quel motif il agissait, que, par conséquent, il devait être considéré comme responsable, même dans la sphère de son délire, par cela seul que son délire était partiel.

Quelles que soient ces divergeances, la thèse de la

responsabilité partielle s'est introduite peu après dans la science, et plusieurs auteurs, plusieurs membres de la société, ont défendu cette même opinion. M. de Lasiaune, dans son travail sur la monomanie envisagée au point de vue légal, a soutenu cette même opinion que l'aliéné ne pouvait être rendu responsable des actes étrangers à son délire, et que, par consé-

quent, il fallait étudier dans
un cas de médecine légale, si
l'acte accompli était motivé
par le délire ou motivé par
des mobiles de l'état normal.
Notre bien regretté collègue et
ami, Legrand du Saulle, dont
nous déplorons tous la perte, a
soulevé de nouveau en 1863,
cette question devant la société
médico-psychologique; il
s'est basé sur un fait dont

il avait été l'observateur,
d'un malade avait lequel il
avait voyagé et qui était at-
teint de folie partielle. Le ma-
lade lui-même avait posé
la question médico-légale.
Il disait en parlant de lui :
Si je tuais quelqu'un en vertu
des idées qui me dominent, je
ne serais pas responsable, mais
si je faisais un faux, si
je faisais un acte absolument

étranger à mon délire, ce serai
une monstruosité que de ne pa
me condamner. C'est en se ba
sant sur ce fait particulier qu
Legrand du Saulle a établi,
dans un discours prononcé à
la société psychologique, la
même thèse de la responsa-
bilité partielle. Une nouvelle
discussion s'est soulevée et,
peu à peu, on est arrivé en

en France, actuellement, devant les tribunaux, a soutenir souvent cette thèse de la responsabilité légale. La plupart de nos médecins légistes a commencer par Tardieu qui a exposé cette opinion dans son ouvrage, sont aujourd'hui devant les tribunaux, absolument dans la situation des magistrats et des avocats. Au lieu de rester absolument médecins, ils de-

viennent avocats, ils recherchen
si le malade a agi en vert
de mobiles analogues à ceux
des criminels, et ils se basent
sur l'étude de l'acte, sur
l'étude des motifs qui l'ont
déterminé sur l'étude des
circonstances qui l'ont accom
pagné, précédé ou suivi. Il
font de la discussion médico
légale à propos du fait par

ticulier, au lieu de se baser sur un terrain exclusivement médical et clinique. Eh bien, c'est là une opinion qui me paraît très dangereuse et contre laquelle on ne saurait trop s'élever. Les médecins doivent rester médecins. Les spécialistes doivent se borner à l'étude clinique des faits qu'ils ont sous les yeux. Ils doivent

observer les maladies mentales
comme des objets de l'histoire
naturelle, comme des objets d
la pathologie ordinaire. On
doit étudier les aliénés comm
on étudie les maladies du cer
veau et les maladies nerveu
On doit les étudier clinique-
ment, tels qu'ils se présen-
tent dans la nature et une
fois qu'on a bien étudié un

cas d'aliénation mentale qu'on la fait rentrer dans une catégorie connue préalablement, bien décrite, bien étudiée, dès lors qu'un malade est un aliéné, appartient à une des formes connues d'aliénation mentale, par cela même, il doit être de'claré irresponsable, et on ne doit pas discuter dans quelle limite il pourrait avoir conservé

une part de responsabilité. San
doute, le philosophe qui étudi
l'homme normal et l'homm
malade doit se rendre compte
des degrés différents qui exi
tent dans la liberte morale
Tout le monde sait que nou
ne sommes pas tous libres a
même degré ; que les uns, pa
des difficultés natives enviro
d'intelligence et de moralité

sont mieux doués que les autres et que, par le milieu dans lequel ils ont vécu, par l'influence de l'éducation, par l'ensemble des circonstances internes et externes, il est des hommes supérieurs, des hommes bien doués, qui ont plus de liberté morale que d'autres ; qu'il en est, au contraire, quelques uns qui,

mal nés, mal doués, en quel-
que sorte dégénérés dans une
certaine mesure, sont, par na-
ture, par naissance, disposés
aux mauvaises passions, aux
mauvais instincts, presque
au crime et ont, sous ce rap-
port, moins de liberté mo-
rale que d'autres. Le phi-
losophe qui étudie tous ces
degrès divers de l'état mo

mal, admet parfaitement ces degrès de responsabilité à l'état normal. Il en est de même de l'état maladif. Ceux qui vivent avec les aliénés savent que les uns n'ont aucune conscience de leurs actes, n'ont aucune du bien et du mal, tandis que d'autres, au contraire, apprécient parfaitement la valeur de leurs actes, et

la preuve que les médecins
tiennent compte de ces différen
c'est qu'ils établissent, dans
les asiles d'aliénés, une échelle
de punitions et de récompenses
c'est qu'on cherche à agir su
les aliénés par la crainte, par
l'intimidation, par l'émulation,
par l'exemple ; qu'on cherche à
dominer les aliénés par des mo-
tifs normaux, et qu'en effet,
on y réussit dans une certaine

mesure ; c'est ainsi qu'on arrive
à établir l'ordre dans les
asiles d'aliénés, à établir la
régularité, à soumettre les alié_
nés au travail, à une vie
réglée, à une vie d'occupation
et à une vie différente de celle
des anciens asiles. Par consé_
quent, les philosophes pour l'é_
tat normal, les médecins pour
l'état maladif, savent par_

-fairement qu'il existe, au fond, des degrés divers de responsabilité qu'ils peuvent étudier comme philosophes et comm[e] médecins. Mais de là à conclure à la responsabilité ou l'i[r]responsabilité légale, il y a loin. Quand il s'agit de la loi, il s'agit d'avoir un criterium net, clair, absolu. Pour décider de la vie, de l'honneur, et de la

fortune des individus, il ne faut pas, il ne s'agit pas de laisser la question à l'arbitraire, au caprice individuel de chaque expert ou de chaque médecin. Nous n'aurions pas de science certaine si nous n'avions pas de moyens plus certains, plus pratiques, de dicerner la raison de la folie. Les criteriums successifs que je viens de vous indiquer très rapidement sont

donc des critériums absolument physiologiques, basés sur des idé[es] théoriques et non pas sur l'obs[er]vation vraiment médicale. Le médecin doit rester médecin. Il ne doit pas s'aventurer dans la même voie que les avocats, les magistrats et les hommes du monde. Il ne doit pas discuter le degré de responsabilité de chaque individu tou[t]

mis à son examen. Il doit faire de la clinique, de l'observation médicale, de l'observation pratique. Par conséquent, la question médico-légale de la responsabilité est, avant tout, une question de diagnostic. Comme l'a très bien dit mon père, la médecine légale des aliénés se réduit toujours à une question de diagnostic. Par conséquent, pour

trancher cette question si impor-
tante, il ne suffit pas de dis-
cuter, comme je viens de le fair[e]
très rapidement, les différents
criteriums proposés par les phi-
losophes, par les médecins, il
faut chercher les bases du dia-
gnostic général de la folie.

L'étude du diagnostic
général de la folie pourrait
suffire, à elle seule, pour
remplir une ou même plusieurs

leçons. Je ne puis que vous indi-
quer très rapidement, aujourd'hui,
les principes généraux de ce dia-
gnostic. On a cherché, pour le
diagnostic de la folie, plusieurs
criteriums philosophiques, plusieurs
criteriums qui ont été acceptés
par différents auteurs. Le premier
criterium est celui du libre ar-
bitre. On a dit, Pour distin-
guer la raison de la folie,
il faut distinguer si l'homme

a, oui ou non, son libre arb
On définira la folie : la pert
de la liberté morale, mais
cette définition philosophique, es
en réalité, un simple cercle
vicieux. Libre arbitre ?... Pour
établir si un malade a perdu
il faut commencer par établ
qu'il est aliéné. Ce sont deu
mots qui sont absolument syno
nymes et, par conséquent, c'e

répondre à la question par la question. Ce criterium de la définition de la folie n'est donc pas acceptable.

Un second criterium que l'on a admis également est celui de la conscience de son état. La plupart des auteurs qui vous ont précédés ont admis que l'aliéné avait perdu la conscience de son état. C'est sur ce carac

tère que mon père, M. Baillarg
et d'autres, ont cherché à établir
la définition de la folie.
M. Baillarger, en particulier,
a défini la folie : La maladie
dans laquelle on a perdu la
conscience de son état mental.
Mais M. Baillarger lui-
même a, plus tard, publié
quelques observations de folie
avec conscience, et, depuis lors

l'observation clinique a établi qu'un grand nombre d'aliénés conservent la conscience de leur état. C'est même là une forme particulière de maladie mentale qu'on a beaucoup mieux étudiée dans ces dernières années et qui a reçu le nom de folie avec conscience. Si donc la ~~conscience~~ plupart des aliénés ont perdu la conscience de leur état, il en est un cer-

tain nombre qui l'ont conser.
Ce caractère distinctif est
donc insuffisant pour sépare
la raison de la folie. Il en
est de même du troisième
caractère que l'on a égale-
ment admis, c'est le chan
gement de la personnalité,
la transformation tout entièr
de l'individu, la comparai.
son de l'individu malade

avec l'individu bien portant, tel qu'il était autrefois. On a dit, et le professeur Griesinger en particulier, a soutenu cette thèse avec beaucoup de talent, que tout aliéné était transformé dans sa personnalité; que, par cela même que l'aliénation mentale survenait chez un individu, il changeait totalement de caractère, et que ce changement de caractère

était le premier symptôme de
la folie commençante ; que l'ali
nation mentale survenait chez
un individu, il changeait tota
lement de caractère ; et que ce
changement de caractère était
le premier symptôme de la
folie commençante ; que l'alié
différait absolument diffé-
rent absolument de ce qu'il
était autrefois à l'état

normal. Il est certain que ce caractère est très général, et il est un moyen de diagnostic très utile dans la pratique. C'est en effet, la première question que l'on pose aux parents qui entourent un malade, à savoir s'il a changé de caractère. C'est un fait extrêmement fréquent et tout à fait caractéristique de l'aliénation mentale. Cependant ce caractère n'est pas général

78

il y a un assez grand nom-
bre d'aliénés, et, en parti-
culier, les aliénés raisonnants,
chez lesquels la maladie n'est
qu'une continuation, une ag-
gravation, une augmentation d[e]
caractère antérieur. Ces aliénés
ont été, toute leur vie, des
hommes étranges, bizarres,
excentriques, égoïstes, orgueilleu[x]
et, dans leur maladie, ils
présentent l'exagération des

caractères qu'ils avaient ma-
nifestés dès leur enfance.
Il y a donc toute une caté-
gorie d'aliénés chez laquelle
ce caractère distinctif est insuf-
fisant.
Vous voyez donc, messieurs, sans
entrer dans plus de détails
à cet égard, que les critériums
philosophiques que l'on a cher-
ché à établir pour distinguer
la raison de la folie ~~sont~~ sont

a fait insuffisants. Les différents critériums que je vous indiquais tout à l'heure à propos du diagnostic sont tous des critériums psychologiques basés sur la théorie, sur des généralités physiologiques et pathologiques de l'homme normal, et non pas sur la connaissance clinique du malade lui-même. C'est sur ce

terrain essentiellement pathologique et médical que l'on doit poser la question la question du diagnostic de la folie. Le diagnostic de la folie doit reposer sur une étude attentive du malade, une étude qui porte non seulement sur le moment actuel, mais sur tous les antécédents, sur toute la vie antérieure de l'individu et même sur ses ascendants. C'est en faisant

l'histoire pathologique du ma
lade, de l'aliéné, que l'on pe
arriver au diagnostic sérieux
la folie. Au lieu de se conten
de se contenter de certains point
de la maladie, comme on a fa
jusqu'à présent, au lieu de se
borner à l'étude des idées dé-
lirantes, au lieu de se borner
à l'étude des hallucination
des impulsions morbides, au

bien de réduire toute la folie à quelques éléments symptomatiques primitifs qui ont une grande importance ; les idées délirantes, les illusions, les impulsions, les hallucinations, les troubles de la sensiblité morale, toutes choses qu'il faut étudier dans leur ensemble, il faut les étudier dans leur groupement naturel. L'étude clinique des aliénés doit être faite sans doute au

44

point de vue psychique parti-
culièrement, car les symptômes psy
chiques sont le fait dominant
de l'aliénation mentale. Mais
cette étude doit être faite comm
une étude médicale, comme une
étude de la pathologie ordinaire
On doit examiner les aliénés tel
qu'ils sont, avec l'ensemble de
leurs symptomes, au lieu de
se borner à quelques symp-
tômes isolés, au lieu de fai

de la monomanie, comme on a fait plus tard, d'étudier les idées délirantes, de considérer l'aliéné comme dominé par une seule idée, ou a une seule série d'idées qui entraîne des conséquences successives, au lieu de cette théorie si fausse et si incomplète de la mono-manie, il faut mettre à sa place la théorie bien plus générale, la théorie cli-

46

nique, la théorie vraiment p
thologique, c'est à dire qu
il faut étudier l'ensemble
des symptômes, au lieu de
quelques symptômes isolés, au
lieu de se borner à rechercher
chez l'aliéné, s'il a des con.
ceptions délirantes, s'il a des
hallucinations, des illusions, d
impulsions morbides, toutes
choses qu'il faut rechercher, a
lieu de se borner à chacun

de ces faits isolément, il faut
faire le tableau complet de la
maladie, il faut étudier l'a_
liéné dans son ensemble, dans
la totalité de ses phénomènes
morbides, et alors vous avez
des éléments sérieux et vrai_
ment cliniques pour le dia_
gnostic de la folie. La théorie
de la monomanie a été
extrêmement dangereuse et
nuisible à ce point de vue

Elle a fait étudier les aliéné[s]
au point de vue psychologiqu[e]
au point de vue des facult[és]
lésées, au point de vue des
idées dominantes, au lieu
de les faire étudier au poin[t]
de vue clinique général, de
la totalité des symptômes.
Le premier point pour établ[ir]
le diagnostic de la folie
c'est donc d'étudier l'en-
semble des phénomènes psy-

chiques ; mais de plus, il faut étudier la folie en même ~~temps~~ ; il faut étudier la folie en même temps au point de vue somatique ; il faut étudier tous les phénomènes physiques concomitants, et ils sont plus nombreux qu'on ne le croit. L'école somatique allemande a démontré que, chez tous les aliénés, surtout dans les périodes de début, il y avait un grand

70

nombre de symptomes physiq
concomitants, les maux de
tête, les vertiges, les dégéné
cences, des faits de déforma-
tion du crâne, etc, etc, les
anesthésies, les troubles des
mouvements, toute la sympto
malogie physique de l'alié-
nation mentale doit se joindr
à la symptomalogie psychiq
il faut étudier l'aliéné dan
l'ensemble de ses caractères

et alors vous avez un tableau
morbide complet, et vous ren-
trez dans une forme déter-
minée, préalablement décrite,
dans la plupart des cas, vous
pouvez rattacher le cas parti-
culier soumis à l'examen, à
tous les cas analogues préa-
lablement connus. Notre science
spéciale est déjà assez avancée
pour que l'on puisse rat-
tacher un fait particulier à

une forme générale déjà connue maladie mentale, pour que l'on puisse rattacher un fait spécial, particulier, aux divers variétés de la paralysie générale, à la forme circulaire, au délire de persécution, au délire alcoolique, épileptique, hypocondriaque, etc à toutes ces formes aujourd'hui parfaitement connues. Alors

vous avez une base solide pour le diagnostic de la folie. De plus, après l'étude des symptômes psychiques dans leur ensemble, après l'étude des symptômes physiques, il faut faire l'étude de la marche de la maladie, que l'on a beaucoup trop négligée. Toute maladie mentale, comme toute maladie en général

94

a une marche, une évoluti[on]
des périodes, une incubati[on]
un développement connu, p[révu]
à l'avance. Il faut recher-
cher l'étude de cette mar-
che de la maladie, et alors
vous avez un élément path[o-]
logique essentiel à ajouter
à l'observation directe des
phénomènes actuels de la
maladie. Toute maladie

mentale a une marche. Non seulement il y a des formes périodiques, des formes intermittentes, des formes circulaires, mais toute maladie mentale, même le délire le plus partiel et limité, a une marche déterminée; l'idée délirante ne s'implante pas tout à-coup dans une intelligence saine; elle entre sur

un terrain préalablement
préparé, sur un terrain con
stitué par des lésions géné
rales de la sensibilité mora
C'est chez un malade pré
alablement triste, chez un
malade qui a des modifica
tions notables de la sensibili
morale., que s'introduit, peu
à peu, l'idée délirante qui
se substitue à une autre

Il y a là un travail d'évo-
lution morbide que mon père
a étudié avec le plus grand
soin dans son livre et qui
se produit dans toutes les
folies partielles quelles qu'
elles soient. Toute maladie
mentale a une marche dé-
terminée, ce que les avocats
et les magistrats, les gens
du monde ignorent com-

plètement. La plupart des personnes qui jugent des aliénés, les jugent au moment où l'on parle, au moment où l'on observe. Elles ne se doutent pas qu il y a une histoire, qu' il faut remonter jusque dans le passé de l'aliéné, qu'il faut remonter jusque dans ses antécédents, suivre

le malade depuis sa naissance jusqu'au moment où on l'observe actuellement.
Il y a une marche progressive dans la maladie, une évolution prévue à l'avance et qui est un fait essentiellement pathologique, et qui suffit, à lui seul, pour établir la nature vraiment morbide de la maladie.

Au lieu d'avoir affaire à une idée délirante qui s'es implantée dans une intelligence saine et qui arrive comme une plante parasite pour se développer séparément sans influencer sur le reste de l'intelligence, il faut reconnaître que la maladie mentale est une maladie de totalité qui, quoique

partielle, quoique limitée à certains points dominants, elle repose néanmoins sur un sol maladif préalable ; que les maladies mentales sont bien plus étendues qu'on ne le croit à première vue, et qu'un délire monomaniaque, à première vue, est, en réalité, un délire bien plus vaste, bien plus complexe

qu'on ne l'a cru au premier
abord. Eh bien, cette base
médicale du diagnostic de
la folie peut nous servir
pour éclairer la question
de la responsabilité partielle
S'il est vrai que les idées
délirantes n'existent pas
dans l'état monomaniaque
s'il est vrai qu'elles ne
se limitent pas dans l'in

telligence humaine, comme on l'a trop souvent décrit et cru, s'il est vrai que l'aliéné est atteint dans l'ensemble de sa constitution physique et morale, qu'il a une maladie qui a des caractères, qui a un développement, qui a une marche, si tous ces faits sont vrais, la théorie de la responsabilité par-

tuelle. Comment voulez-vou
limiter l'action d'une idé
fixée dans une intelligence hu
maine? Est-ce que les facu
tés sont prises isolément?
Est-ce que l'intelligence peu
être absolument intacte che
un être qui est atteint
dans son moral, dans ses
facultés affectives et instinc
tives? Toutes les facultés

sont solidaires, et quand une des facultés est atteinte, les facultés voisines sont atteintes par contagion, par voisinage, par contiguïté, en quelque sorte, toutes les facultés sont lésées. Il n'y a donc pas possibilité de limiter la sphère du délire, comme on a voulu le faire dans la théorie de la responsabilité partielle. L'acte accompli par l'aliéné

peut être accompli en vertu
d'un motif normal, en vertu
d'une passion de jalousie,
de vengeance, en vertu de phé-
nomènes analogues à ceux de
l'état normal; le malade
peut être mû par des mo-
tifs absolument semblables
à ceux des criminels, et,
cependant, par cela seul qu'
il est malade, il doit être

exonéré de toute responsabilité,
parce qu'il n'existe pas de
moyen humain de discerner
le point où s'arrête le délire
dans une intelligence humaine ;
il n'existe pas, comme l'a
dit mon père, de phrénomètre ;
c'est à dire d'instrument d'une
précision assez nette, assez
positive, pour permettre de
préciser, de juger, de l'in_

tensité du délire, du degré de responsabilité, pour pouvoir établir quelle a été la force d'impulsion, quelle a été la force de résistance. C'est sur ce criterium arbitraire que les médecins légistes partisans de la responsabilité partielle, veulent établir leur jugement!

Mais ce criterium est absolument insuffisant. Qui est ce qui peut nous dire

dans une intelligence malade,
à quel point les forces d'im-
pulsion ont été tellement
impératives ou tellement auto-
matiques que toute résistance
est devenue impossible ? Il
n'y a qu'un criterium cer-
tain positif, absolu, un
criterium clinique médical,
c'est le criterium de la ma-
ladie : ou l'individu est

un aliéné dans le sens rigou
reux du mot et alors on
ne doit pas discuter sur le
degré de responsabilité qu'il
peut avoir conservé ; ou bien
au contraire, il est resté
dans la sphère physiologique
il est au dernier degré de
l'état normal, et alors il
doit être considéré, il doit
être présumé comme libre
dans ses actes. Certainemen

comme je vous le disais tout-à l'heure, il y a des degrés différents de responsablité dans l'état normal ou dans l'état maladif, mais l'étude légale de l'aliéné ne comporte pas l'étude de ces différents degrés de responsabilité. Il faut une limite précise, une limite parfaitement établie scientifiquement

pour séparer l'aliéné de
l'homme sain d'esprit et
pour établir la question de la
responsabilité, ou de l'irrespon-
sabilité. Ce n'est donc pas
sur les criteriums psycholo-
giques, sur des études incom-
plètes comme celles qu'on
a faites jusqu'à présent,
qu'il faut baser le diagnos-
tic de la folie, mais sur un

étude vraiment médicale et pathologique. À cette condition seulement, on pourra faire de la médecine légale des aliénés, sérieuse et scientifique et alors la compétence des médecins ne sera plus contestable pour personne. Ce n'est pas en vertu d'une discussion sur les actes accomplis, sur les mobiles de ces actes que le

médecin se prononcera : c'est en
vertu d'une connaissance spé-
ciale que lui seul peut possé-
der ; c'est en vertu de la
connaissance des autres alién-
des formes analogues de
maladie mentale que le mé-
decin expert pourra se pro-
noncer devant les tribunaux
et sa compétence alors ne
pourra plus être contestée

par personne. La doctrine de l'irresponsabilité absolue des aliénés me paraît donc être la seule qui doive être conservée et acceptée par le médecin légiste. C'est avec peine, c'est avec douleur, que je vois la plupart de nos collègues, s'engager devant les tribunaux, dans une voie qui me paraît regrettable et qu'on sera

plus tard obligé d'abandon
ner. La plupart de nos col
lègues, frappés de certains ac
commis par des aliénés, des
mobiles qui les déterminent,
de la préméditation qui les
accompagne, se sont laissés
entraîner malgré eux dans
la voie des magistrats et
des avocats. Il importe de
faire une réaction contre
cette tendance de l'opinion

publique. Il faut rester méde-
cin, il faut étudier les aliénés
comme des malades, il faut
proclamer le principe de la
pathologie générale applicable
à cette spécialité, comme à
toutes les autres spécialités
de la médecine. Cependant
il y a deux cotés qu'on
a signalés qui séparent cette
étude que je vais terminer,

il y a deux circonstances dan
lesquelles on peut admettre la
responsabilité partielle chez les
aliénés.

La première de ces circonstan
repose sur le fait de l'inter
mittence et de la périodicité
et sur l'évolution morbide
Il est certain pour tout le
monde que, lorsque les aliéné
guérissent, ils recouvrent leur

responsabilité morale. Ceci ne fait de doute pour personne. La guérison est donc un retour à l'état normal et un retour à la responsabilité. Mais, indépendamment des guérisons définitives, il y a des cas d'intermittence, d'intervalle lucide et de rémission plus ou moins prononcée, très prononcée quelquefois...

Eh bien, dans ces cas là, on peut admettre, sans être en contradiction avec le principe que je viens de poser en restant pathologiste, on peut admettre que l'aliéné recouvre momentanément sa responsabilité morale, soit dans les intermittences prolongées de la folie périodique soit dans les intervalles

lucides plus courts, qui sont rares mais qui existent cependant ; on peut admettre que la responsabilité de l'aliéné est momentanément revenue, et ce point, qui paraît peu important en théorie, a une grande valeur en pratique, surtout au point de vue des testaments. Il est certain que nous ne pouvons pas nous

refuser à admettre la validi
du testament fait par un
ancien aliéné qui est guéri
ou qui est dans une péri
d'intermittence ou de rémi
soit extrêmement prolongé
Dans ce cas, nous rentrons
dans la doctrine de la resp
sabilité appliquée à l'état
normal. Nous ne faisons pa
infraction à notre principe

général, puisque nous admettons que l'aliéné a été irresponsable pendant qu'il était malade, et qu'il cesse de l'être quand il redevient sain d'esprit. La responsabilité est changée selon le moment, selon la période de la maladie, mais elle n'est pas changée selon le principe même essentiel de l'état mental. Ceci est également appli_

cable aux périodes prodromi
et aux périodes de convalescen
Il y a des états dans lesque
on passe successivement, lente
ment, progressivement, de l'é
tat de santé à l'état de
maladie. Souvent même cette
période prodromique est très
longue. On peut alors se dema
der si, dans cette période,
qui a précédé de deux ans

l'éclosion de la maladie, le malade était encore responsable de ses actes. Or, cette question se produit souvent devant les tribunaux, et le médecin est appelé à se prononcer quelquefois rétrospectivement sur le degré de responsabilité que pouvait présenter le malade, deux ou trois ans avant la maladie confirmée. Il y a là un point clinique

qui mérite d'être signalé et
qui, certainement, permet, mêm
aux partisans de l'irrespons
bilité totale des aliénés d'
mettre la validité de certain
actes accomplis dans cette p
riode, au début de l'affec
tion mentale. Il en est de
même des périodes de convale
cence avancée, alors que le re
tour à la raison est presque

complet et que la maladie
marche vers une guérison com-
plète. Il y donc là des cas
intermédiaires dans lesquels les
partisans de l'irresponsabilité
absolue des aliénés, peuvent
néanmoins admettre la responsa-
bilité partielle ou atténuée ;
mais ce n'est que dans ces cas,
et ce sont des cas basés sur
des actes pathologiques, sur

l'évolution morbide, et pas du tout sur des criteriums psychologiques comme ceux que je vous indiquais tout à l'heu

Reste maintenant une au tre question bien plus délicat bien plus difficile à trancher et qu'il importe de signaler pour être complet, pour être absolument dans la vérité des faits connus. Il y a un certain nombre de maladies nerveuses ou

ou cérébrales qui entraînent un léger trouble mental, et qui, cependant, ne peuvent pas être considérées comme produisant une véritable folie. Ces états sont assez nombreux. Il y a l'hystérie, l'épilepsie, certains états alcooliques, il y a l'état de prédisposition à la maladie mentale, état qui précède de très loin l'é_

volution de la maladie. Il
y a enfin tous les apople
tiques et les aphasiques :
Voilà une série de faits dans
lesquels le médecin, même le
plus ~~entendu~~ convaincu de
l'irresponsabilité absolue des
aliénés peut sentir sa convic
tion faiblir ou atténuée da
certains cas particuliers. Voye
par exemple, les apoplectique

les hémiplégiques ... Tout le monde sait que les hémiplégiques, que beaucoup d'hémiplégiques qui sont des paralysés dont l'hémiplégie même ne se modifie pas, présentent un état intellectuel presque normal. Ils ont sans doute, quelques lacunes dans la mémoire, un peu d'affaiblissement dans la volonté qui fait que, souvent,

ils sont plus faciles à diriger
par leur entourage ; ils ont un
certain degré d'abaissement
intellectuel, mais il est si lége
et si peu sensible que ces ma
lades continuent à remplir
toutes les fonctions de la vie
habituelle. Non seulement ils
ne sont pas enfermés ni en.
formables, si je puis me ser
vir de cette expression, ma

ils n'ont pas réellement de trouble mental caractérisé. Ils ne sont pas, comme d'autres apoplectiques qui arrivent peu à peu à la démence, à une démence caractérisée. Ce premier degré des apoplectiques, de la maladie cérébrale, n'entraîne pas de trouble mental caractérisé. Eh bien, dans ce cas, s'il s'agit d'un testament à valider, d'un acte civil

à accomplir, s'il s'agit même
d'un acte criminel, doit on
oui, ou non, considérer le ma
lade comme responsable ? Eh
bien, il semble qu'il y a un
certain nombre d'apoplectique
qu'on ne peut pas se refuser
à reconnaître comme responsa
bles. Dans ces cas là, on
est donc obligé d'étudier les
actes individuels particuliers, d
chercher les degrés d'affaibliss

ment de l'intelligence et des facultés intellectuelles et de juger qu'un assez grand nombre d'apoplectiques peuvent être considérés comme ayant conservé leur raison. Il en est de même chez les aphasiques. La difficulté est plus grande, à cause de la perte de la parole ou de la perte de l'écriture.

Mais malgré ces difficultés

il y a quelques aphasiques
qui conservent une intelligence
assez saine, assez droite, une
liberté morale assez complète,
pour que leur testament puis
être considéré comme valable
Nous avons eu souvent des
exemples dans lesquels une
étude attentive des aphasi
ques a permis de conclure à
la validité des testaments.
Il en est de même pour

les épileptiques et les hystériques.
Les épileptiques sont presque
toujours atteints de trouble
mental à divers moment de
leur maladie. Mais on ne
peut pas nier que beaucoup
d'épileptiques conservent,
dans beaucoup de périodes
de la maladie, conservent la
raison dans une certaine
mesure. Ils ont de l'irrita-

4138

bilité, ils ont un caractère altéré, ils ont quelques trac de trouble mental qui ont permis à certains aliénistes d'affirmer que tous les épilep tiques, sans exception, étaient aliénés. Mais quand on se tient sur le terrain vrai de l'observation, on est obligé d mettre qu'il y a des épilep. tiques non aliénés, au moin

dans certaines périodes de leur maladie.

Or, dans ces cas, si l'épileptique commet un acte violent, un acte criminel, ou fait un testament, fait un acte civil quelconque, le médecin légiste doit pouvoir conclure à la responsabilité morale de certains épileptiques. Il faut étudier le cas particulier, et comme toujours, en médecine légale

se guider. Sur le fait lui-même, et non pas sur des données théoriques. Il en est de même, à plus forte raison des hystériques. La plupart des hystériques ont des altérations de caractère qui sont bien connues : disposition à la duplicité, au mensonge. Elles sont capricieuses, bizarres, fantasques. Le caractère hystérique est bien connu)

mais ce n'est pas suffisant pour constater une responsabilité morale, et, dans beaucoup de cas, on doit admettre la persistance de la responsabilité, tandis que dans beaucoup d'autres cas, il y a réellement une folie hystérique, soit sous la forme raisonnante, soit sous la forme maniaque la plus caractérisée. Il y a donc à faire une exception pour celles qui ont con-

servé la raison, la liberté mora

Vous voyez, Messieurs, que la

sphère s'étend : voilà les apo

plectiques, les aphasiques, les

épileptiques, les hystériques; vr

ouvez, en outre, tous ceux qui

sont simplement prédisposés à

la folie, et ils sont bien nom

breux tous ceux qui, héréditai

rement, ont reçu de leurs as

cendants certaines dispositions

morbides un peu anormales, mais dispositions morbides qui sont absolument insuffisantes pour caractériser l'état de folie. Nous avons donc des malades, par exemple des individus qu'on peut considérer comme malades, n'étant pas dans un état absolument normal, qui ont ce que nous avons appelé des obsessions, des dispositions émotives de l'intelligence et des sen-

timents. Ces malades ont des frayeurs instinctives, non motivées. Les uns craignent de se couper avec un rasoir en se rasant, les autres n'osent pas regarder une fenêtre ouvert n'osent pas prendre une épée nue ou une lame de couteau, une larme de rasoir, parce qu'ils craignent d'être portés à s'en servir pour se faire du mal; ils ont la crainte

du précipice et la disposition à s'y jeter ; ils ont, en un mot, certaines obsessions, certaines dispositions mentales à la répétition, à répéter certains mots, certains chiffres, certaines dispositions mentales semi-physiologiques qui sont aujourd'hui beaucoup mieux observées qu'autrefois, qui ont fait l'objet de plusieurs mémoires particuliers très intéressants. Eh bien, ces

états semi-physiologiques qui indiquent une prédisposition, qui indiquent une nature spéciale, qui sont une espèce d'anomalie dans l'organisation psychique ne constituent pas néanmoins un état de folie ; ce n'est pa[s] un état de folie que d'avoir ces dispositions, ces idyosincras[ies] des facultés psychiques. Eh bien, ces individus qui sont plus ou moins prédisposés

(il y en a beaucoup même parmi les criminels, même parmi ceux qui accomplissent des actes violents justiciables des tribunaux) Ces individus qui ont un simple caractère de prédisposition, qui sont des héréditaires, qui sont des aliénés en perspective, qui sont des candidats à la folie et qui peuvent rester à ce degré de simple anomalie psychique, qui peuvent accomplir de gran-

des choses, faire des découverte
se rendre utiles à l'humanit
qui sont loin d'être des alién
tous ces inventeurs, tous ces hé
réditaires, ne doivent pas être
compris dans la catégorie des
aliénés irresponsables. Il faut
leur conserver la responsabilité
morale. On peut admettre, en
théorie qu'ils sont moins res-
ponsables que d'autres. Le
philosophe, le médecin, peut ad-

mettre des degrés, mais le légiste est obligé de les classer dans l'état pathologique, tant que la prédisposition ne s'est pas développée, n'est pas arrivée jusqu'à la maladie.

Je vous ai signalé très rapidement ces divers faits pathologiques qui compliquent singulièrement la question de la responsabilité partielle. Pour être dans le vrai de la clinique, il faut admettre

que, dans ces différents cas, le médecin peut alors procéder comme les avocats et comme les magistrats, et peut étudier le degré de responsabilité qui reste à ces individus encore dans la limite de l'état physiologique, qui n'ont pas franchi la limite de la maladie.

Mais en dehors de ces deux circonstances que je viens de vous indiquer, à savoir les interm

sences et les prodromiques ou les périodes de convalescence, et, en dehors de ces états de trouble mental qui n'appartiennent pas à la folie proprement dite, en dehors de ces deux exceptions, on ne doit pas admettre la responsabilité partielle des aliénés appartenant aux folies confirmées; le diagnostic général de la folie doit remplacer cette étude médicale des faits semblable à

celle de la folie cérébrale et ner-
neuse ; on doit étudier l'aliéné
comme un malade, on doit res
ter médecin, on doit examin
l'ensemble de ses symptôme
psychiques, au lieu de se borne
à quelques uns d'entre eux
on doit faire l'observation con
comitante des phénomènes phy
siques, des troubles nerveux
concomitants aux troubles psy

chiques et étudier la marche de la maladie.
On doit chercher à faire rentrer le cas particulier dans une forme de maladie mentale bien connue, préalablement étudiée, préalablement décrite, et alors le médecin se présente devant la justice sur un terrain absolument solide, avec des armes de conviction très puissantes ; au lieu de discuter comme le magistrat, sur les mo_

bles des actes, sur les détails de l'acte accompli, le médecin arrive avec sa compétence spéciale, avec des faits cliniques parfaitement établis, avec des faits qui ont été étudiés dans des conditions d'impartialité absolue et en dehors de toute dissimulation possible, et avec ce bagage spécial que sa science spéciale lui fournit, il arrive

avec sa compétence spéciale, avec des faits cliniques parfaitement établis, avec des faits qui ont été étudiés dans des conditions d'impartialité absolue et en dehors de toute simulation et de toute dissimulation possible, et avec ce langage spécial que sa science spéciale lui fournit il arrive devant la justice fort de ses études antérieures

fort de cette compétence spé-
ciale, et il peut se prononcer
avec un criterium absolument
rigoureux : la maladie ou la
santé de l'individu appar-
tient à la catégorie des états
physiologiques, et alors il
doit conserver sa responsabi-
lité légale, ou il appartient,
au contraire, à la sphère de
la maladie, il a franchi le

rubicon de la folie et alors il doit
etre exonéré de toute responsabilité
attendu que rien ne peut limiter
dans une intelligence humaine
la sphère des idées délirantes.
On s'imagine quelquefois qu'un
fait est accompli en dehors de
l'idée délirante, et une étude
plus attentive du malade con-
duit, au bout de quelque temps,
à reconnaître que ce fait rentrait
dans la sphère normale. C'est
ce que je peux signaler dans

le mémoire si interessant de M. Ball à propos de la famille Mercier. Il a laissé échapper une phrase, une expression qui le trahit. Euphrasie Mercier entendait des voix célestes qui lui ordonnaient de thésauriser. Or, si dans ce cas, elle a agi en vertu d'une voix impératrice qui lui ordonnait de thésauriser, cet ordre de la voix n'était pas relatif à son délire habituel, n'était pas re

latif au délire d'empoisonnement ou au délire de persécution, ce toutes les idées qui étaient cen- cées diriger sa conduite ; c'est en vertu d'une idée différente, d'une direction différente de l'esprit qu'elle agissait. Vous voyez comment cette malade qui paraissait avoir un délire limité, un délire restreint, avait un délire beaucoup plus étendu qu'on ne le croyait au premier abord. Il est donc

impossible de limiter la sphère du délire ; des actes qui paraissent étrangers aux phénomènes délirants y rentrent plus tard ~~par~~ une étude plus attentive. C'est comme la tache d'huile qui s'étend successivement dans l'intelligence et dont on ne peut pas fixer la limite exacte. Il est impossible donc d'établir cliniquement la responsabilité partielle des aliénés, comme

l'entendent certains auteurs ; il est impossible de condamner un aliéné en déclarant que le fait qu'il a accompli était absolument étranger à son délire. La théorie de l'irresponsabilité absolue de tous les aliénés est donc la seule théorie vraie, la seule théorie médicale, la seule théorie clinique, la seule qui doive être acceptée par des médecins par des médecins spécialistes et

repoussée par les magistrats, les avocats, mais acceptée par les médecins qui doivent chercher à la faire prévaloir; au lieu de faire un pas vers la responsabilité partielle, comme on fait malheureusement trop souvent aujourd'hui, il faut faire un pas en arrière et revenir à la vraie doctrine, et c'est-à-dire à celle de l'irresponsabilité absolue de tous les aliénés,

sans exception.

Dans la prochaine séance, j'ai l'intention d'aborder l'hérédité des maladies nerveuses et mentales, d'abord sous une forme générale, puis, dans les leçons successives, sous les formes particulières, appliquées aux diverses variétés de maladies mentales. Le sujet de l'hérédité sera donc le sujet principal de cette année. Cependant, après

deux ou trois leçons, j'aborderai l'étude de quelques autres formes de maladies mentales.

---

14 Novembre 1886.

Messieurs,

Dans la dernière leçon, j'ai étudié sous une forme générale, la question de la responsabilité de la folie, de la responsabilité et de l'irresponsabilité, et j'ai combattu la doctrine de la responsabilité

-partielle. J'ai cherché à vous mon-
trer que le terrain de la maladie
et le terrain de la santé étaient
deux terrains absolument distincts
présentant des caractères diffé-
rents et, qu'au point de vue
médico-légal il importait peu
de maintenir cette limite pré-
cise entre la santé et la ma-
ladie au lieu de chercher à
établir, comme beaucoup d'au-
teurs l'ont fait, une respon-

sabilité partielle pour certains cas de folie limitée.

Aujourd'hui, je vais aborder la question de l'hérédité en général, de l'hérédité au point de vue physiologique, pathologique, et surtout, principalement, au point de vue des maladies nerveuses et mentales.

Les lois générales de l'hérédité dominent l'histoire naturelle tout entière et la pathologie

elle-même. En histoire naturelle, l'hérédité commande l'espèce, commande le développement des espèces animales et végétales, depuis le commencement du monde jusqu'à nos jours et la reproduction des mêmes espèces après les mêmes caractères. On a beaucoup discuté en histoire naturelle, sur l'influence des milieux, l'influence des modifications

des espèces. Deux grandes théories
existent parmi les naturalistes;
les uns admettant la pérennité
des espèces; les autres, au con-
traire, admettant avec Darwin
la ~~possibilité~~ des modifications
successives, des altérations pro-
gressives des races et des es-
pèces animales et végétales,
par l'influence des milieux
extérieurs, mais l'hérédité
joue un rôle énorme dans
le développement des espèces

naturelles et, même dans la doctrine de Darwin la pérennité des espèces est considérée comme un principe fondamental, malgré les modifications successives qu'on admet en vertu des lois de sélection, de la lutte pour l'existence, etc.

Cette même loi domine le développement des espèces, domine également la pathologie, la physiologie et la pathologie

L'homme à l'état normal, présente des caractères généraux, des caractères spécifiques qui se perpétuent à travers les générations, quelles que soient les influences des milieux, quelles que soient les modifications que les milieux extérieurs peuvent imprimer aux races primitives. Ce sont là des lois générales sur lesquelles je n'ai pas à insister, qui dominent la

physiologie comme la pathologie
A l'état normal l'homme
est le descendant naturel, non
seulement de ses père et mère
mais de ses aïeux. Il y a
une série de caractères par-
ticuliers qui se transmettent
dans les familles, indépen-
damment des caractères gé-
néraux des races, et des
caractères généraux de l'es-
pèce humaine. Cette trans-

missions physiologique n'a pas lieu seulement pour les caractères physiques, elle a lieu également dans l'ordre moral. Les facultés intellectuelles et morales sont héréditaires dans une certaine mesure. Dans les familles, on constate l'existence de facultés analogues chez les pères et chez les enfants, aussi bien au point de vue intellectuel qu'au point de vue moral. Toutes

ces questions ont été approfondie
par les naturalistes et par
les philosophes en général. Je
n'ai pas à y insister aujour.
d'hui. Je vous ferai seulemen.
remarquer qu'il existe un ou
vrage très important de M.
Prosper Lucas qui a étudié
cette question sous toutes ses
formes et qui a étudié, au-
tant que possible, toutes les
lois de l'hérédité physiolo-

gique et pathologique, et cherché à poser des lois générales qu'il résume dans ces grands traits, qu'il résume dans ces grands traits, qu'il existe dans la nature, deux formes : l'hérédité et l'innéité. M. Prosper Lucas dans ses études n'ayant pas pu arriver à réduire toutes les formes naturelles à l'hérédité, a admis une seconde forme servant de correctif à la première

: l'innéité. C'est une manière d'expliquer les faits contradictoires que l'on observe dans l'histoire de l'hérédité. Il est certain que si, d'un côté on voit des descendants hériter des facultés de leurs ascendants, d'autre part, il y a des différences individuelles nombreuses qui ne peuvent pas s'expliquer par l'hérédité malgré la connexité des phénomènes. Il

est certain que, dans l'hérédité, il y a deux facteurs: le père et la mère, il y a l'action des ascendants, des aïeux, il y a l'hérédité collatérale, il y a beaucoup d'influences qui s'exercent, qui peuvent modifier la loi primitive de l'hérédité; mais, malgré ces différences tenant à l'hérédité elle-même, il y a encore des faits inexplicables, et M. Lucas a cherché

cherché à les rattacher à la seconde forme qu'il a cependant subordonné à la première. A côté de l'hérédité transmettant les caractères de l'espèce, il a admis l'innéité appartenant à chaque individu, à sa naissance, et donnant les caractères individuels, à côté des caractères de l'espèce; de sorte que, M. Lucas lui-même, en admettant deux

formes primitives qui se combat-
tent dans la nature, admet
que l'innéité est subordonnée à
l'hérédité. Je n'ai pas à insis-
ter plus longuement ici sur ces
faits généraux qui s'appliquent
à l'état physiologique comme
à l'état pathologique. Dans
la pathologie ordinaire, l'hé-
rédité est admise parfaitement
depuis l'origine de la science.
Tous les médecins ont admis

qu'il existe des maladies hé-
réditaires. Cette loi s'applique
non seulement à la physiolo-
gie, mais à la pathologie
ordinaire comme à la patho-
logie nerveuse et mentale.
Nous n'avons aujourd'hui qu
nous occuper que de cette der-
nière. Pendant très long-
temps, on n'a admis comme
hérédité que l'hérédité simi-
laire. C'est là ce qui a

existé depuis l'origine de la mé-
decine, on admettait que, dans
beaucoup de cas, une personne
atteinte d'une maladie, transmet-
tait, pouvait transmettre cette
maladie à ses descendants. C'é-
tait l'hérédité directe du père
et de la mère pour les enfants
et l'hérédité similaire, c'est à
dire l'hérédité transmettant
la même maladie aux des-

cendants. Pendant très long-temps, c'est là la seule form d'hérédité qui ait été admis par la science, aussi bien pour les maladies nerveuses et men tales que pour les autres bran ches de la pathologie. Ainsi, par exemple, on disait que l'épileptique donnait naissance à une épileptique, un hystériqu à un hystérique, un aliéné

un aliéné, et on n'admettait pas ce qui est arrivé plus tard, c'est à dire la transformation. C'est donc là le premier point de départ, l'hérédité similaire d'une même maladie se transmettant directement dans la ligne directe. On y a ajouté l'hérédité collatérale, mais de la même maladie. On a, en effet, très souvent observé, que les mêmes maladies existaient

chez plusieurs enfants, chez les
frères et sœurs, chez les oncles
et chez les neveux, on a ajou
l'hérédité collatérale à l'héré
dité directe, mais toujours
pour la même maladie. C'es
là le premier point de départ
des études sur les maladies
héréditaires. Une seconde phase
est arrivée; cette phase est
assez récente pour les ma_
ladies mentales et nerveuses

elle ne date guère que d'une quarantaine d'années. Plusieurs auteurs, en France, par exemple, et en particulier MM. Prosper Lucas, Moreau de Tours, Baillarger, ont admis la transformation des maladies nerveuses les unes dans les autres, par le fait des maladies que je viens de vous dire; on a constaté fréquemment que des

pères épileptiques et des mère
hystériques, hypocondriaques,
transmettaient aux enfants
des formes variées d'aliéna-
tion mentale ou réciproque-
ment; on a constaté l'alter-
nance des maladies hérédi-
taires dans les mêmes fa-
milles, les maladies nerveus
se transformant en maladies
mentales ou réciproquement.

C'est là une seconde phase dans l'histoire de l'hérédité appliquée à ~~l'hérédité~~ la pathologie mentale et nerveuse, et c'est là que s'étaient arrêtés les auteurs il y a une quarantaine d'années. On admettait que les maladies nerveuses les plus variées pouvaient donner lieu chez un individu à des maladies mentales, et que les maladies

mentales, elles-mêmes, se transformaient par l'hérédité l'une des formes appartenant aux ascendants, une forme différente se manifestant chez les descendants, on admettait également, dans ces cas, l'hérédité directe, l'hérédité collatérale et l'hérédité atavique ou remontante aux aïeux, mais là se bornaient l'étude de l'hérédité envisa

gié en général au point de vue des maladies nerveuses et mentales, une nouvelle période est survenue et a été surtout ouverte par Morel, dans son traité des dégénérescences. C'est là une nouvelle phase dans laquelle la science est entrée aujourd'hui et qui, on peut le dire, domine aujourd'hui la science des maladies nerveuses et mentales. Cette phase consiste dans ce fait principal que,

pour Morel, d'après ses étud
anthropologiques, appliquées à
l'état physiologique comme à
l'état pathologique, la loi gén
rale de l'hérédité est celle-ci
Non seulement les maladies
nerveuses se transforment entre
elles par l'hérédité, et se tran
forment en maladies mentales,
mais il y a, en outre, parallè
lement, une action sur toutes

les autres organes de l'organisme, il y a action des maladies nerveuses et mentales des ascendants sur le développement organiques des individus qui descendent de pareils ascendants; non seulement il y a transformation des maladies nerveuses en maladies mentales, mais il y a, en même temps, action sur la formation de tous les organes. Et, au point de

vue théorique, ce fait se comprend parfaitement : le système nerveux présidant, dès l'enfance, à la conception, à la formation de tous les organes du corps, on comprend que l'altération primitive du système nerveux des ascendants, puisse agir sur la formation de tous les organes. Il en résulte ce grand fait, qu'à côté des troubles nerveux et des troubles de l'ordre men-

tal que l'on observe chez les des-
cendants des personnes atteintes
de maladies nerveuses, indépen-
damment de ces troubles, il
existe, en même temps, des dé-
viations dans les fonctions or-
ganiques, déviations auxquelles
on a donné le nom de dégé-
nerescences. Il y a donc là un
fait énorme : c'est que, non
seulement les maladies nerveuses
et malades des ascendants
déterminent, chez les descendants

des maladies analogues ou
des maladies transformées
mais y déterminent des alté-
rations dans la formation pri-
mitive des organes, qui
changent complètement la cons-
titution et altèrent pro-
gressivement la race, car à
ce fait de la transformation
par l'hérédité, il faut ajouter
l'aggravation : non seulement
les maladies héréditaires se

mettent et se transforment par la transmission, mais elles s'aggravent progressivement, de génération en génération. Il y a, sans doute, des oscillations, il y a des alternances, il y a des périodes d'améliora-tion et d'aggravation, mais, d'une manière générale, la marche de la dégénérescence est progressive. L'hérédité est non seulement transformée

non seulement accompagnée de
dégénerescence, mais elle est
accompagnée de dégénerescence
progressive, à tel point qu'a
près plusieurs générations su
cessives, on arrive peu à peu
à une altération générale de
la constitution et à la sté
rilité, et enfin à l'extinction
de la race. Telle est la loi gé
nérale que Morel a posée et
développée, qu'il n'a pas

exposée dans tous ses détails,
mais dont il a jeté la base
et les fondements et qui, au-
jourd'hui, domine de toute la
hauteur la pathologie mentale
et nerveuse. Il est impossible
aujourd'hui, d'ouvrir un traité
quelconque des maladies ner-
veuses, en France comme à
l'étranger, sans être frappé
de cette idée générale qui
domine aujourd'hui la

pathologie nerveuse tout entière. Morel a donc appliqué aux maladies nerveuses et mentales une loi ~~lég~~ générale très féconde en applications nombreuses et c'est sur cette loi, sur le développement de cette loi, que vit aujourd'hui la science mentale. Il y a donc eu une très grande action sur la pathologie mentale. Cette transformation s'est faite

peu à peu, sans qu'on s'en soit aperçu, en quelque sorte. Il semblerait que la science mentale est restée stationnaire, qu'elle est absolument ce qu'elle était il y a 40 ans. Eh bien, c'est là une grave erreur; non seulement il s'est introduit des éléments nouveaux: l'alcoolisme, la folie circulaire, les folies épileptiques et hystériques, une foule de formes nouvelles que

l'on a étudiées, mais le grand
fait de l'hérédité morbide
a dominé la pathologie tout
entière et transformé la science
des maladies nerveuses et des
maladies mentales. Morel
était arrivé à cette conclusi
très simple : que les maladi
mentales n'étaient, en quel-
que sorte, que des dégénéres-
cences, qu'il y avait là une
loi générale dominant toute

la pathologie nerveuse et mentale
loi d'après laquelle les mala_
dies commençaient par des états
nerveux, vagues, indéterminés
par une espèce de névropathie
générale, de nervosisme de né_
vrosité (on a donné des noms
divers à cet état nerveux) et
qui une fois conçues par ce fait
primitif de l'altération ner_
veuse, les maladies se trans_
mettaient de génération en

génération ~~dans~~ des formes di-
verses et aboutissaient progressi-
vement à la stérilité et à
l'extinction de la race, après
avoir passé par les formes di-
verses de l'idiotisme et de
l'imbécillité. Il y a là une
loi générale qui domine toute
la pathologie et qui, pour
Morel, se résumait dans le
mot de dégénérescence. C'est
ce qui a eu pour premier ré-

sultat de faire envisager les maladies mentales comme des formes déterminatives au lieu d'être des formes primitives d'altération du système nerveux.

Les formes primitives, pour Morel et pour ses successeurs, s'observent dans la société, dans le monde presque à l'état physiologique, et c'est à partir de ce point de départ physiologique que, peu à peu, de gé_

nération en génération se dévelop-
pent les maladies nerveuses
plus graves, et les maladies
mentales arrivant peu à peu
au degré extrême de l'échelle
ils admettaient que les mala-
dies mentales étaient les for-
mes déterminatives, les der-
nières périodes en quelque
sorte, de la transformation
héréditaire. C'est là un point
de vue qui a agi sur toute

la pathologie mentale de nos jours; c'est ce qu'on peut appeler le point de vue anthropologique; la pathologie mentale cesse, en quelque sorte dans cette doctrine, d'être une spécialité, et devient une des branches de l'anthropologie morbide. C'est une des conséquences des lois générales de l'hérédité. Je ne puis insister longuement sur ~~cette~~ ces généralités, et j'aborde le sujet plus

spécial de nos études.

En partant de ce point de vue général, on arrive à se demander quelle est l'action de l'hérédité sur les maladies mentales que nous observons tous les jours.

La folie a-t-on dit de tout temps, est une maladie héréditaire; de tout temps on a cherché à faire des statistiques, publiées dans tous les pays pour prouver à quel point elle

avait une action sur la production des maladies mentales.

Ces statistiques ont été très divergentes, et on comprend très bien leurs différences quand on connaît les difficultés de l'observation première. Là, toutes les difficultés sont réunies : là, non seulement les malades et les parents ignorent l'hérédité, mais d'autres ne veulent pas l'avouer, la cachent ; mille raisons s'op-

posent à la constation du fait de l'hérédité dans les familles des aliénés. On comprend donc que les statistiques sont toujours très incomplètes. On peut diviser, sous ce rapport, les médecins aliénistes dans deux catégories ; les uns admettent que toutes les folies sans exception, sont héréditaires à divers degrés ; les autres, au contraire, admettent des dif-

férences nombreuses et admettent
un grand nombre de folies ac-
quises. C'est ici que la dissi-
dence est profonde et qu'il
est difficile, dans l'état ac-
tuel de la science, de pronon-
cer d'une manière absolue;
les autres, qui admettent les
folies acquises fréquentes, se
basent surtout sur les faits
suivants : beaucoup de folies,
de troubles mentals, sont

produits à la suite d'une ma-
ladie physique déterminée, à
la suite d'une maladie aiguë
d'une fièvre typhoïde, d'un
délire aigu, à la suite de ma
ladies diverses de l'organism
L'école somatique allemande
a surtout insisté sur ce point
et en a exagéré l'importance
en attribuant toutes les ma-
ladies mentales à des mala-
dies de divers organes autres

que le cerveau. Pour cette école somatique la folie idiopathique est rare; la folie sympathique, au contraire, est le fait fréquent, le plus habituel. Jacobi, entre autres, et tous ses élèves, en Allemagne, et pendant toute la ~~vie~~ durée de leur siècle, ont soutenu cette thèse, et ont constitué ce qu'on a appelé l'école somatique allemande. Ils ont cherché, par des études nombreuses, cliniques, anatomiques

et pathologiques, à démontrer que la plupart des cas de folie devaient être rattachés à des lésions de l'organisme, à des lésions du foie, à des lésions du coeur, à des lésions du poumon, à la goutte, à toutes les diathèses, à toutes les maladies les plus variées de l'organisme. Ils ont ainsi fait sortir la médecine mentale de la spécialité pour

la faire rentrer dans la pathologie générale. La folie n'était plus une maladie autre, c'était un délire chronique lié aux maladies les plus diverses de l'organisme. Pour cette école somatique, les folies acquises, les folies dues à des maladies autres que celles du cerveau même, ces folies étaient extrêmement fréquentes et constituaient l'immense majorité des maladies mentales.

L'hérédité pour eux, ne jouait qu'un rôle secondaire dans la production de ces maladies.

D'autres auteurs ont été moins loin. Baiyle, cependant, a trouvé une grande importance à ce qu'ils ont appelé les maladies congénitales au lieu des maladies héréditaires. Pour eux, la maladie mentale n'était que rarement le produit des maladies des ascendants et

était due à des causes ayant agi sur l'individu depuis sa naissance, et même avant sa naissance, à partir du moment de la conception, on a étudié l'action de l'imagination dans toutes les maladies de la mère, sur le fœtus, des diverses maladies qui ont pu se produire pendant la vie utérale, les maladies de la première et de la seconde enfance, et c'est

à tous ces faits de maladies individuelles que l'on a attribué, dans cette école, les maladies mentales qui survenaient plus tard dans le courant de la vie. On a fait des maladies mentales, des maladies individuelles, congénitales, au lieu d'en faire d'en faire des maladies héréditaires.

Dans ces dernières années, le professeur Lasègue a ajouté

un nouvel élément à cette doc-
trine des maladies congénitales,
et il y a apporté l'originalité
de son esprit. Il a créé une
classe spéciale d'aliénés à la-
quelle il a donné le nom de
cérébraux ; il a publié plusieurs
mémoires sur ce sujet, dans
les dernières années de sa vie ;
il tenait beaucoup à cette
idée générale qui, pour lui,
constituait une sorte de correctif

des idées de Morel. Il admet
tait bien les idées de Morel en
thèse générale, dans la plupart
des cas, mais il les croyait exag
rées, il voulait en restreindre
l'application, et c'est dans
ce but que, se basant sur
l'observation, il avait cherché
a créer une catégorie particu
lière d'aliénés qu'il a appelés
des cérébraux, faute de mieux
ne trouvant pas une expres-

sion meilleure il a choisi celle-ci.
Or, qu'entendait-il par ce mot: des cérébraux? Il s'appuyait d'abord principalement sur les faits de traumatisme cérébral. Partant de ces faits qui sont parfaitement connus et parfaitement vrais, qu'à la suite d'un traumatisme cérébral on peut ~~avoir~~ du délire et un trouble mental qui peut se transformer en trouble mental chronique, il établissait ce point

scientifique : que certains indi-
vidus qui étaient parfaitement
indemnes au point de vue céré-
bral, avant cet accident, com-
mençaient à partir de ce jour
une nouvelle vie cérébrale. Il
employait, à cet égard, une
expression très pittoresque, en
disant qu'à partir de ce trau-
matisme, qu'à partir de cette
action déterminée, le malade
avait perdu sa virginité céré-

brale ; à partir de ce jour, selon son expression également très originale, le malade commençait à hériter de lui-même, au lieu d'hériter de ses ascendants, il héritait de lui-même, c'est à dire que ce point de départ, cette épine plantée dans son cerveau, en quelque sorte, par une action traumatique extrinsèque tout à fait accidentelle, devenait le point de départ d'une foule d'accidents ultérieurs qui se

développaient pendant la vie de l'individu ; il admettait que ces malades, à partir du moment de leur traumatisme, devenaient tout autres, étaient métamorphosés, étaient transformés et présentaient alors surtout le délire sous forme d'accès, que ces mêmes malades avaient plusieurs fois, dans leur vie, des accidents cérébraux très graves, des accidents qui pouvaient entraîner la mort,

qui, d'autres fois, au contraire, guérissaient d'une façon inespérée, inattendue, ils redevenaient, après cet accès, semblables à ce qu'ils étaient auparavant, avec un degré de moins, avec une sorte de déchéance individuelle qui ne tenait pas à la race, qui tenait à l'individu lui-même. L'individu devenait un malade à partir du jour de l'accident, mais à partir de ce jour seulement ; sa ma-

ladie ne remontait pas plus haut, ne remontait pas à ses ascendants.

Voilà plusieurs catégories de malades qui peuvent être considérés comme n'étant pas des héréditaires : ceux dont le trouble mental est lié à des maladies de l'organisme ceux dont le trouble mental est lié à un accident personnel, individuel, qui a eu lieu à un moment donné, et qui, à partir de ce

jour, a déterminé une série de phénomènes pathologiques.

D'autres auteurs, enfin, admettent les congénitaux proprement dits, c'est à dire des individus qui, depuis leur naissance ou peu de temps après leur naissance, ayant éprouvé des accidents cérébraux variés de l'ordre sensitif, de l'ordre moteur ou de l'ordre psychique, commencent, à partir de ce moment, à entrer dans une vie cérébrale

cérébrale. C'est également ce que le professeur Lasègue admettait, car il n'admettait pas seulement le traumatisme cérébral, il admettait également les congénitaux, c'est à dire qu'il y avait des accidents dès la naissance, dès la première enfance, qui pouvaient déterminer, chez l'individu, une série de phénomènes pathologiques. Il faut donc faire la part de ces

divers phénomènes généraux ; il ne faut pas exagérer la loi de l'hérédité au point de voir des héréditaires partout et, tout en admettant que, dans la majorité des cas, les folies sont héréditaires, on peut admettre un certain nombre de cas de folies acquises, soit par accident physique ou moral, soit par folie congénitale, qui frappent l'individu lui-même au lieu de frapper la race

tout entière et, successivemen
à partir de cet accident, se
produisent chez les descendants
Une fois cette réserve très im-
portante faite, il me reste
maintenant à diviser les alié
nés en deux grandes caté-
gories : ceux chez lesquels la
forme de maladie mentale
a subi simplement l'emprei
de l'hérédité, empreinte qui
se caractérise par certains si-
gnes, par certains stigmate

qui il faut étudier cliniquement ; et ceux, au contraire, qui, frappés encore plus fortement par l'hérédité peuvent être considérés comme des aliénés héréditaires. Dans l'état de la science, il y a donc deux grandes catégories, deux grandes familles à établir, et même trois, si nous y comprenons celle dont nous parlions tout à l'heure ; on peut en admettre trois : les congénitaux, d'une part, les

malades ayant subi l'empreinte de l'hérédité mais dont la maladie a une évolution spéciale et distincte ; et enfin les malades héréditaires proprements dits. Pour faire comprendre l'empreinte laissée par l'hérédité sur certaines forme de maladies mentales, je vais prendre quelques exemples Je vais commencer d'abord par la paralysie générale. Cette maladie paraît, en quel.

que sorte, étrangère à la folie : c'est une maladie spéciale, ayant sa cause anatomique dans la péri-encéphalite chronique, c'est à dire dans l'altération chronique de la substance corticale du cerveau et des méninges. Cette maladie spéciale est moins héréditaires que beaucoup d'autres maladies mentales, ou plutôt elle présente trois modes d'origine distincts, comme M. M Doutrebande et

Lyonnet l'ont établi dans leur thèse, il y a trois origines di-verses de la paralysie générale. Certains paralytiques généraux sont des paralytiques en quelque sorte spontanés, c'est à di[re] que nous assistons à la pro-duction de la paralysie géné-rale; nous voyons cette mala-die se produire beaucoup plu[s] dans les grandes villes, dan[s] les conditions spéciales d'exi[stence]

sence des grandes villes beau-
coup plus que dans les campa-
gnes. Elle se produit à la suite
d'excès énervants, d'excès al-
cooliques, d'excès de travail,
de déperditions de forces nerveuses
nombreuses nombreuses; nous
assistons tous les jours, sous
nos yeux, à la production de
la paralysie générale, sans cause
héréditaire. Les paralytiques
sont très souvent des malades

dont la maladie ne peut pas être rattachée, liée aux ascendants ; mais, d'autre part, une fois produite, cette forme de paralysie générale peut devenir héréditaire à son tour et déterminer une maladie mentale et nerveuse chez les descendants. Nous avons assisté, en quelque sorte, à sa production, mais nous voyons cette première production, chez un

individu, donner naissance à l'hé-
rédité chez les descendants. Ce
fait est absolument analogue à
celui qui a été produit par
M. Browne Sequard chez les
cobayes épileptiques. M. Browne
Séquard a fait des expériences
sur des cobayes qui n'étaient
pas épileptiques; il les a rendus
épileptiques par le traumatisme
spécial qu'il a inventé, et ces
individus, devenus épileptiques

par accident et ayant eu de l'épilepsie, ont donné naissance à des enfants épileptiques en venant au monde. Ce fait qui résulte d'expériences fréquemment reproduites par M. Brown Sequard, s'applique très souvent à nos maladies. Nous voyons des maladies mentales se produire sous l'influence déterminée, en vertu d'une cause occasionnelle qui n'a rien de

l'hérédité, et nous voyons cette maladie donner naissance plus tard à des maladies héréditaires; nous voyons, en quelque sorte, l'hérédité se former sous nos yeux. C'est ce qui a lieu souvent dans la paralysie générale, mais, d'autre part, comme l'a très bien établi M. Doutrebande et surtout M. Legonnet dans sa thèse, il y a deux autres origines de

la paralysie générale : il y a l'hérédité congestive qui se relie aux formes congestives des maladies du cerveau : apoplexie, congestions, ramollissements, sur laquelle M. Baillarger et M. Lunier ont surtout attiré l'attention, et enfin l'hérédité vésanique qu'on a niée pendant un certain temps, mais qui est très réelle. Il est vrai qu'un

certain nombre, peut-être un tiers des paralytiques généraux trouvent des aliénés, des maladies nerveuses dans leurs ascendants. Il y a, dans l'hérédité résanique, (et c'est ici que se remarque la part de l'hérédité dont je vous parlais tout à l'heure) il y a des caractères particuliers appartenant à ces paralysies générales liées à l'hérédité. Ces caractères sont peu nombreux, mais ils sont très

importants. Ces paralysies généra[les]
sont ordinairement bien plus
lentes dans leur marche, ont
des rémissions bien plus fréque[ntes]
et bien plus considérables que
la maladie ordinaire, et chez
ces malades, les phénomènes
psychiques, les phénomènes
de l'ordre psychique sont
bien plus nombreuse que les
phénomènes physiques; tan-
dis que, dans l'hérédité con-

gestive, il y a des hémiplégies, des anesthésies, des altérations nombreuses du système moteur et du système sensitif, dans la paralysie générale d'origine vésanique, le trouble mental domine la scène, et, souvent, sous la forme mélancolique, au lieu d'être sous forme de délire de grandeur, cette forme classique de la paralysie générale. Il y à donc des ca-

ractères particuliers dans la paralysie générale d'origine vésanique. C'est ainsi que l'empreinte héréditaire se fait sentir sous une forme de maladie mentale cependant absolument distincte qu'on appelle la paralysie générale. Il en est de même de l'alcoolisme. Comme l'a très bien dit Lasègue, n'est pas alcoolique qui veut. Et

cette phrase a besoin d'explication. Il est certain que tout le monde peut s'intoxiquer par l'alcool, que tout le monde peut s'enivrer : il suffit pour cela, de prendre du vin ou des liqueurs alcooliques, mais cette intoxication n'arrive pas à produire les effets de l'alcoolisme tel qu'il a été décrit, surtout depuis une quarantaine d'années. L'alcoolisme tel que nous le connaissons avec

ses caractères physiques et moraux ne se produit pas à volonté, on ne peut pas s'intoxiquer à volonté, de manière à produire l'alcoolisme. On peut s'enivrer, on peut devenir un ivrogne d'habitude, mais on ne peut pas devenir alcoolique à volonté : il faut, pour cela, une prédisposition produite par l'influence héréditaire de la maladie. Certainement le mode d'administration

de l'alcool, la manière dont on s'alcoolise, la liqueur que l'on ingurgite, les conditions de milieu extérieur au milieu desquelles on se livre à l'alcoolisme, peuvent avoir leur influence, mais l'influence principale revient à l'hérédité. Or, il y a deux catégories d'héréditaires au point de vue alcoolique : ceux qui s'enivrent avec une dose infiniment faible d'alcool, et ceux, au contraire, qui résistent à des doses

énormes. Eh bien, ces deux extrêmes, en plus ou en moins sont en général liés à l'hérédité morbide, à l'hérédité nerveuse.
Les dipsomanes, qui constituent une catégorie particulière d'alcooliques résistent à des doses énormes d'alcool. Les dipsomanes peuvent boire pendant très longtemps sans éprouver aucun des phénomènes de l'alcoolisme, et alors même qu'ils sont atteints de dipsomanie

intermittente, c'est à dire d'une maladie qui consiste à avoir le besoin de boire d'une manière périodique, maladie essentiellement nerveuse héréditaire, eh bien, alors même qu'ils sont atteints de cette maladie, ils ne s'enivrent pas ; ils ont le besoin de boire, ils boivent plus que d'autres, périodiquement, et ils n'arrivent pas à l'ivresse ; ils n'arrivent à l'ivresse que par des doses considé-

rables d'alcool tandis que d'a
tres héréditaires, au contraire,
héréditaires de maladies ner-
veuses, épileptiques ou autres,
n'ont besoin que de doses extrê-
mement faibles pour être saisi
par l'alcool. Il y a une dis-
position primitive du système
nerveux en rapport le plus sou-
vent avec l'hérédité et qui
change les conditions de l'absor-
tion de l'alcool et des effets.

produits de sorte que les diverses variétés de l'alcoolisme sur lesquelles j'insisterai dans une prochaine leçon, l'alcoolisme aigu l'alcoolisme subaigu, l'alcoolisme chronique, sont produits certainement par l'action de l'alcool, mais il y a un élément héréditaire très important qui préside au développement de ces différents phénomènes physiques et moraux. Ce que je viens de dire de la paralysie générale des alcooliques

s'applique également aux névroses, à l'hypocondrie, à l'hystérie et à l'épilepsie. L'hystérie est-elle une maladie héréditaire? On l'a affirmé et on l'a nié. Les deux faits sont vrais. Il est certain que, souvent, les épileptiques sont fils d'épileptiques, mais la proportion n'est pas aussi grande qu'on le pense. Plusieurs fois, le professeur Legrand Du Saulle et moi, nous avons fait des statistiques dans notre service

nous sommes arrivés à peu près au même résultat que certains auteurs qui nous ont précédés, à savoir que nous avons trouvé à huit ou dix fois sur cent l'épilepsie chez des descendants d'épileptiques. Cette proportion comme vous le voyez, est très minime: n'avoir qu'un dixième d'épileptiques sur cent, c'est peu de chose au point de vue de l'hérédité directe, de l'hérédité similaire. Mais, d'autre part,

si on étudie l'hérédité transformée, c'est à dire les changements de l'individu par l'hérédité, on voit que les épileptiques sont souvent fils d'épileptiques, d'hystériques, d'hypocondriaques ou d'aliénés.
L'épilepsie a donc une hérédité transformée plutôt qu'une hérédité similaire. C'est ainsi que l'on peut concilier les deux opinions qui règnent aujourd'hui dans la science, certains au.

teurs ayant dit que l'épilepsie n'était pas héréditaire, et d'autres affirmant que c'est inexact, il faut s'entendre sur les termes. Cette forme est rarement héréditaire d'une façon similaire, mais elle l'est souvent d'une façon transformée. D'autre part, Lasègue a établi, dans un travail très interessant, mais qui n'a pas généralement été accepté, a établi que l'épilepsie, la vraie épilepsie était

due à une malformation crânienne
que, par conséquent, c'était une
maladie dégénérée, une maladie
appartenant à des maladies con-
génitales, mais que c'était une
maladie due à une sorte d'in-
firmité plutôt qu'une maladie
spéciale. Pour Lasègue, l'épilep-
sie n'était donc pas héréditaire
d'une manière générale, et il
a étonné beaucoup la faculté
de médecine lorsqu'il a pro-
clamé cette vérité en premier lieu

Il fallait des explications. Il est certain que, dans un certain nombre de cas l'épilepsie est liée à la malformation crânienne, et Lasègue a raison, c'est un élément qu'il faut faire intervenir comme un élément assez important dans l'étiologie, mais ce n'est pas le point sur lequel je vais insister. L'épilepsie est souvent accompagnée de trouble mental, le plus souvent de trouble mental spécial

Cette épilepsie, quand elle est héréditaire, a des caractères particuliers. L'hérédité chez les épileptiques, l'hérédité vésanique produit ordinairement des troubles psychiques bien plus considérables que dans l'épilepsie ordinaire. Il y a là une empreinte spéciale laissée par l'hérédité sur l'épilepsie elle-même et tous les cas d'épilepsie larvée, d'épilepsie substituée aux convulsions de trouble

mental indépendant des convul-
sions, tous ces cas là doivent
être rattachés à l'épilepsie mor-
bide beaucoup plus qu'à la grande
épilepsie avec ses convulsions. L'hé-
rédité morbide a donc une ac-
tion spéciale sur l'épilepsie elle-
même. La même chose se pro-
duit pour l'hystérie. Aujour-
d'hui, dans l'école de M.
Charcot on admet plus que
jamais que l'hystérie est
une maladie essentiellement

héréditaire mais on n'y distingue pas assez les cas héréditaires de ceux qui ne le sont pas. Eh bien, les hystériques liés à l'état morbide, liées à l'hérédité mentale sont des hystéries frustes, des hystéries dont les symptômes physiques sont peu prononcés, dont les attaques sont incomplètes, qui présentent certains symptômes de l'hystérie, plutôt que la grande hystérie

Lorsque nous voyons, dans les services d'aliénés, des hystériques, ce sont, en général, des hystériques très incomplètes. Le trouble mental domine la scène, et les phénomènes convulsifs sont tout à fait en sous-ordre, tout à fait dans l'ombre; l'hystérie est fruste, et là encore il y a l'empreinte particulière de l'hérédité sur la maladie hystérique. On peut dire la même chose de l'hypocondrie

L'hypocondrie ordinaire qui consiste à croire qu'on a une maladie incurable, une maladie du coeur, une maladie du poumon, à se croire phthisique, à se croire syphilitique, cette hypocondrie dont les médecins ont des exemples, à ~~cette~~ chaque instant, sous les yeux, cette hypocondrie n'est pas liée, le plus souvent, à l'hérédité morbide, à l'hérédité vésanique, mais les héréditaires

hypocondriaques comme l'a très bien dit M. Morel, sont des hypocondriaques spéciaux. Au lieu de croire à des maladies ordinaires, à des maladies que tout le monde peut avoir, ils croient avoir des maladies absolument exceptionnelles, des maladies tout à fait étranges. Ils racontent des énormités. Ils disent, par exemple, que, chez eux, le sperme passe dans le sang; qu'ils ont des vers dans les intestins, qu'ils

ont des vers dans le cerveau.
Ils inventent mille maladies
nouvelles des maladies qui sont
loin d'être usuelles et c'est
là leur préoccupation dominante.
Quand l'hypocondrie porte sur
des maladies bizarres, étranges,
excentriques, et tout à fait en
dehors de l'ordre commun de
la maladie, cette hypocondrie
est très probablement liée à
l'hérédité vésanique, à l'hérédité
chez les ascendants. Les formes

de l'aliénation mentale, ce que je viens de dire très rapidement de ces diverses catégories de maladies mentales, s'applique également à d'autres formes de maladies plus caractérisées, plus classiques. Je prendrai, par exemple, le délire de persécution. Le délire de persécution qui est aujourd'hui décrit d'une manière spéciale et sur lequel j'insisterai peut-être, si j'ai le temps, dans les leçons

suivantes, ce délire de persécution essentiel, qui est aujourd'hui bien connu, bien défini, qui a des périodes successives et quatre périodes bien déterminées et aujourd'hui bien définies, ce délire de persécution essentiel est héréditaire, mais il est héréditaire comme la plupart des autres formes de maladie mentale; ce n'est pas une hérédité qui domine la scène.

Parmi ces persécutés, il y a une catégorie de malades plus spécialement héréditaire, qui a subi l'empreinte de l'hérédité bien plus que toutes les autres. Or, cette catégorie méritait une description absolument spéciale.

J'ai essayé cette description dans une de mes leçons de l'année dernière, et M. le docteur Potier a fait, cette année, une thèse extrêmement interes-

sante dans laquelle il a rapporté beaucoup de faits de ce genre, et il a accordé, sous une forme tout à fait dogmatique l'histoire de ces persécutés persécuteurs, au lieu de se rattacher au délire de persécution essentiel tel que nous le connaissons, se rattachent, en réalité, à la folie héréditaire, et ces malades ont tous les caractères des folies héréditaires. De:

depuis leur naissance jusqu'à la mort. Ils passent par les phases des héréditaires dont j'ai parlé tout à l'heure et ils ne ressemblent en rien aux autres délirants atteints du délire de persécution. C'est une catégorie absolument spéciale dans laquelle il y a des caractères physiques, des caractères moraux, des caractères d'un ordre tout à fait particulier et des caractères qui méritaient d'at-

tuer l'attention. Dans cette th[èse] il expose très clairement ces différents caractères, parmi lesquels se trouve surtout celui de ne pas présenter d'hallucinations et d'avoir une folie d'action plutôt qu'une folie délirante avec des conceptions délirantes.

Je ne puis pas insister plus longuement sur ces divers sujets et j'arrive au point principal, c'est à dire à l'indication des caractères

principaux des folies héréditaires.

Dans une leçon de l'année dernière, je me suis appesanti sur tous ces caractères auxquels j'ai consacré une leçon tout entière. Aujourd'hui, je ne peux vous en donner qu'un très court abrégé. Je me demande même si je ne ferais pas bien de renvoyer cette description à la prochaine séance en scindant ainsi en deux leçons ce que j'avais à vous dire sur l'hérédité

Je me bornerai donc aujourd'hui à quelques développements tout à fait généraux sur les folies héréditaires. Ces folies héréditaires sont caractérisées par des stigmates, comme l'a dit Morel, des stigmates de l'ordre intellectuel, de l'ordre moral, ayant des caractères spéciaux sur lesquels j'insisterai dans la prochaine leçon, le temps me manquant aujourd'hui pour vous les

développer. Ces caractères spéciaux
portent sur des faits physiques
permanents, et sur des faits phy-
siques accidentels, qui se produi-
sent à divers moments de l'exis
tence. Les caractères de ces folies
héréditaires peuvent être résumés
très brièvement. Elles représentent
ce ce que l'on appelle encore au-
jourd'hui des folies raison-
nantes, c'est à dire des folies
d'actions, des folies reposant
sur le trouble des sentiments

et des penchants, beaucoup plus que sur le trouble des idées. Les malades atteints de folies héréditaires spéciales ont une gran[de] lucidité, ils ont souvent une intelligence assez développée, une grande facilité d'élocution, beaucoup de développement intel-lectuel partiel au moins; et, à coté de cette intelligence si développée, ils ont des troubles de l'ordre moral extrêmement graves; ils ont surtout des

délirants d'action, ils délirent dans leurs actes. Ils ont des folies se manifestant par des actes désordonnés, ridicules, grotesques et souvent dangereuse. C'est donc surtout une folie d'action, c'est la folie raisonnante ou la folie morale des anciens au-teurs. Premier caractère, la folie repose sur le délire d'action ou sur le délire de la partie morale affectée. Second carac-tère : ces maladies sont essen-

tiellement rémittentes, extrême-
ment périodiques. Les héréditaires
après avoir présenté un trouble
mental des plus considérables
pendant un certain temps, gué-
rissent souvent très rapidement
et reviennent à leur état an-
térieur sans présenter de dé-
chéance intellectuelle. Ils ont
plusieurs fois dans leur vie
de ces accidents cérébraux
souvent très graves qui peu-
vent entraîner la mort; mais

après un certain temps écoulé dans cet état mental et physique, ils reviennent à l'état normal et passent souvent plusieurs années dans un état assez satisfaisant, analogue à celui qu'ils avaient autrefois. Les folies héréditaires sont donc très lucides, consistant dans un délire d'action, et essentiellement rémittentes et périodiques. D'autre part, elles ne présentent presque jamais d'hallucinations, ton-

tandis que d'autres de folie,
en présentent dans la plupart
des cas ; enfin, ces folies sont
accompagnées de symptômes
physiques nombreux, de symp-
tômes permanents, comme je le
disais tout à l'heure, et de sym-
tômes physiques se produi-
sant à diverses époques de
l'existence sous forme de
congestions ou d'accidents céré-
braux souvent très graves qui

arrivent inopinément, qui exposent même la vie de l'individu et qui souvent guérissent d'une manière tout à fait inattendue et contrairement à tous les pronostics du médecin. Vous voyez donc qu'il existe certains caractères généraux applicables aux folies, plus spécialement aux folies héréditaires. Mais c'est ici qu'il importe d'apporter encore une restriction à cette étude générale. Morel

a rendu un grand service à la pathologie mentale en établissant les caractères généraux des folies héréditaires, et en permettant à ses successeurs d'entrer dans la même voie, et de la développer et de la perfectionner. Mais il ne faut pas aller trop loin. Il y a, dans ce moment, une tendance exagérée à voir des folies héréditaires partout et à donner à toutes les folies le nom de folies hé-

réditaires. M. le docteur Magnan en particulier, qui a étudié avec beaucoup de soin ces maladies et qui a insisté sur ces caractères avec beaucoup de raison, M. le Dr Magnan, a exagéré, je crois, cette tendance, et il importe, tout en admettant la vérité de cette doctrine générale, il importe d'y apporter quelques restrictions. Et d'abord, les folies héréditaires, telles que je viens de vous les in-

280

diquer, et telles que je les dé-
crirai avec plus de soin dans
la prochaine séance, ces folies héré-
ditaires ont des caractères com-
muns. Les héréditaires consti-
tuent comme une grande famille
une famille très étendue parmi
les aliénés, on peut dire qu'ils
envahissent en quelque sorte, tout
le terrain de l'aliénation men-
tale. Mais si on admet les
héréditaires comme une grande
famille, une grande classe, il

faut admettre aussi des divisions et des subdivisions dans cette famille énorme de malades. Si l'on se bornait à dénommer tous les aliénés sous le nom d'aliénés héréditaires, au lieu d'avoir fait faire un progrès à la science, on aurait fait, au contraire, un pas en arrière ; on empêcherait le progrès de la science en empêchant la description des espèces particulières qui doivent être découvertes de plus en plus

dans la pathologie mentale.
Nous connaissons aujourd'hui certaines espèces d'aliénés parfaitement déterminées que nous décrivons d'une manière plus spéciale, plus précise, plus clinique que nos prédécesseurs mais il faut continuer à entrer dans cette voie de l'observation clinique et de la description des espèces et des variétés morbides au lieu de se borner à des grandes familles héréditaires

ayant des caractères extrêmement
vagues ou généraux, comme le fait
par exemple, M. Magnan. Eh
bien, il faut pénétrer plus avant
dans l'observation détaillée et il
faut établir, dans cette grande
famille, de nombreuses coupures,
de nombreuses divisions, il faut
étudier, parmi les héréditaires,
des espèces naturelles, des caté-
gories déterminées d'aliénation
mentale ayant des symptômes
physiques et moraux et une

marche particulière ; il faut, en un mot, continuer à opérer, à agir dans la voie des espèces naturelles, dans la voie où est entrée l'histoire naturelle, la botanique et la zoologie et à décrire des espèces morbides. Ainsi, par exemple, nous avons certaines espèces nouvelles, comme la folie avec conscience, comme les états émotifs, comme la folie du doute, comme le ~~folie~~ délire du toucher, des maladies spéciales

qui ont été très bien décrites dans ces derniers temps, qui méritent une description particulière, et il ne faut pas se borner, comme M. Magnan à la fondre dans la famille des aliénés héréditaires et supprimer ces descriptions spéciales qui ont très grand intérêt et très grande utilité dans la pratique. Il faut donc continuer, tout en proclamant la grande famille des héréditaires, il faut continuer

à décrire dans cette famille, des espèces et des variétés spéciales de maladies mentales. Il ne faut pas abandonner les caractères spéciaux, et il faut décrire, par exemple les folies intermittentes et périodiques, la folie circulaire, comme des maladies spéciales ; de même pour les folies du doute, du toucher ou des folies avec conscience, des états émotifs sur lesquels j'insisterai dans les séances

prochaines. Eh bien, ces états là méritent une description particulière, une description clinique basée sur l'observation vraie des malades, et ne doivent pas être fondues simplement et purement dans la grande famille des héréditaires. Que l'on donne des caractères généraux comme je viens de le faire, que l'on dise qu'une grande catégorie, une grande famille d'aliénés, présente ces caractères communs, c'est parfait, c'est très bien,

c'est un progrès, mais il ne faut pas se borner là, il faut décrire dans cette famille immense, dans cette famille très compréhensive, des maladies, des espèces et des formes particulières. Or, c'est le point sur lequel je chercherai à insister dans la séance suivante. Il ne faut pas envahir, sous prétexte d'hérédité, tout le domaine de l'aliénation mentale. Après avoir donné les caractères généraux des héréditaires, ce que je ferai dans

la prochaine séance j'entrerai davan_
tage dans le détail et je décrirai
successivement ces diverses espèces
et variétés qui méritent une des_
cription particulière, en dehors des
caractères généraux des héréditaires.
Dans la prochaine séance j'in_
sisterai donc d'abord sur les
caractères des maladies hérédi_
taires proprement dites, succes_
sivement j'étudierai l'alcoolisme
les folies du doute et du
toucher, les états émotifs; les

folies intermittentes, et je parcourai ainsi cette année, dans les huit leçons que j'ai à faire, (je n'en ai plus que 6 aujourd'hui,) les formes que je n'ai pas abordées l'année dernière et dans le cours des années précédentes.

(applaudissements)

---

21 Novembre 1886.

Messieurs,

Dans la dernière séance, je vous ai parlé de l'hérédité en général, de l'hérédité comme loi naturelle au point de vue physiologique, au point de vue anthropologique et de l'hérédité appliquée au

maladies nerveuses et mentales. J'ai cherché à vous montrer que cette loi générale domine toutes les espèces animales, végétales et l'homme en particulier, le développement de l'homme; cette loi anthropologique s'applique aux maladies nerveuses et mentales et j'ai cherché à vous indiquer les lois générales de l'hérédité par rapport à ces diverses maladies. Je suis entré plus avant dans le

leur du sujet. J'ai indiqué les caractères généraux des folies héréditaires, j'ai cherché à les résumer en un petit nombre de caractères qui sont faciles à retenir. Les folies héréditaires envisagées dans leur ensemble sont, en général, rémittentes, intermittentes, ont des périodes extrêmement marquées, elles conservent ordinairement jusqu'à la fin la lucidité de l'intel-

ligence, et aboutissent très rarement à la démence, à l'exception de la démence précoce des jeunes filles, sur laquelle j'ai insisté en passant. Ces aliénations mentales ne présentent pas d'hallucinations dans la plupart des cas, elles sont surtout caractérisées par le délire des actes et par le délire des sentiments ou des instincts, plus que par le trou-

ble de l'intelligence. Enfin, elles
présentent souvent cette particularité
d'avoir des idées délirantes très
fixées pendant un certain temps,
et qui, après avoir eu une fixité
relative assez prolongée peuvent,
du jour au lendemain, disparaî-
tre et être remplacées par d'autres
idées tout à fait différentes. Il
y a une mobilité d'idées très
grande, si on envisage l'évolu-
tion générale de la maladie,

quoiqu'il y ait une fixité relative pendant un temps plus ou moins long. Il y a donc des caractères généraux applicables à toutes les formes héréditaires de la folie; mais, comme je le disais dans la dernière séance, il y a de grandes distinctions à établir. Les formes naturelles, les formes que nous connaissons, qui sont bien décrites aujourd'hui et

qui subissent l'empreinte de l'hé-
rédité morbide, comme la para-
lysie générale, l'alcoolisme,
les folies périodiques ou inter-
mittentes, le délire de persécution
chez les persécuteurs, l'hystérie,
l'épilepsie, l'hypocondrie spé-
ciale chez les héréditaires, tou-
tes ces formes là qui sont bien
connues et qui sont bien dé-
crites, peuvent subir l'influ-
ence de l'hérédité et alors

avoir, en vertu de cette empreinte héréditaire des caractères spéciaux qui les distinguent des autres faits du même genre. Mais ce n'est là que l'influence générale de l'hérédité sur toutes les formes possibles de la folie : il faut distinguer avec soin cette simple influence générale des états que l'on peut dénommer plus spécialement dans l'état de

la science, sous le nom de folies héré-
ditaires proprement dites. Or, c'est
de ces folies héréditaires spéciales que
je veux vous parler aujourd'hui. Je
les diviserai en deux grandes ca-
tégories : celles qui correspondent aux
folies raisonnantes de nos prédéces-
seurs, c'est à dire aux folies d'ac-
tion : folies morales, folies raison-
nantes ; celles, au contraire, qui
correspondent à une nouvelle caté-
gorie admise aujourd'hui, que
l'on peut désigner sous le

terme générique de folies avec conscience. Ces deux catégories de maladies mentales sont essentiellement héréditaires. Sous ce rapport elles se rapprochent les unes des autres, mais elles diffèrent essentiellement par ce caractère fondamental : que les folies raisonnantes n'ont pas conscience de leur état de maladie. Non seulement les sujets ne se croient pas

malades, mais ils se considèrent comme des êtres supérieurs tout à fait exceptionnels. Ils sont, en général, très orgueilleux; d'un côté, les fous raisonnants ne se considèrent pas du tout comme des malades; d'un autre, au contraire, les aliénés avec conscience ont comme caractère fondamental d'avoir la conscience parfaite de leur état fondamental. Ils ne peuvent pas y résister; ils sont en-

traînés malgré eux, automatiquement, pathologiquement, mais ils ont conscience de leur état maladif. Il y a donc là une grande distinction à établir parmi les folies héréditaires: Les folies héréditaires raisonnantes et les folies héréditaires avec conscience. Ce sera là la division de la leçon d'aujourd'hui.

Les folies raisonnantes ont été, pendant très longtemps, mal

déterminées, mal étudiées, confon-
dues avec des états très diffé-
rents. Pinel a employé cette
expression des folies raisonnan-
tes, mais il l'appliquait à
des cas très différents. Il en
est de même d'Esquirol et
de ses successeurs. Jusqu'à
nos jours, les distinctions
n'ont pas été bien établies
entre les divers aliénés rai-
sonnants, et on a fait ren-
trer sous ce terme générique

très vague, des états apparte-
nant aux formes les plus
diverses. Ainsi, par exemple,
beaucoup de malades atteints
de la forme de l'excitation
ou de la forme circulaire ou
alternante sont de véritables
aliénés raisonnants. Ils ont
une grande activité, conser-
vent beaucoup d'intelligence
une mémoire très active.
Ils ont une excitation très
grande de l'intelligence et

de toutes les facultés ; et, à première vue, ils ne paraissent pas aliénés, ils ne paraissent pas malades. Il faut les étudier attentivement dans l'un ou dans l'ensemble de leurs caractères maladifs pour arriver à constater leur état de maladie. Ce sont ces malades qui, très souvent, dans les asiles, reçoivent le nom d'aliénés raisonnants, mais ils appartiennent, en réalité, à la forme

circulaire, à la forme alternante sur laquelle j'ai insisté tout à l'heure.

Il y a d'autres malades qui appartiennent à la forme hystérique, aux variétés hystériques, d'autres qui appartiennent à la période prodromique de la paralysie générale; il y a, en un mot, beaucoup de malades qui appartiennent à des formes naturelles parfaitement déterminées. Il

faut donc arriver à plus de précision, et, après avoir éliminé tous ces cas qui appartiennent, en réalité, à des formes bien connues de maladies mentales, on arrive à une dernière forme, à un caput mortuum, à un résidu après ce diagnostic par élimination, on arrive au fait proprement dit de folies morales héréditaires sur lesquelles j'ai à insister aujourd'hui.

Ces malades doivent être

étudiés non seulement dans leurs ascendants, mais dans leur existence, depuis leur naissance jusqu'au moment où on les observe. Ce n'est qu'à la condition de les connaître dans l'évolution générale de leur maladie, qu'on peut arriver à établir clairement leur état mental. Il faut donc commencer leur étude par la naissance, par les premières années de la vie, mais

avant d'arriver à cette évolution, je dois vous dire quelques signes principaux de ces maladies mentales. Ces signes doivent être divisés en trois catégories : signes physiques, signes tirés de l'intelligence et signes tirés du moral. C'est ce que Morel a appelé les stigmates de l'hérédité, ce que M. Magnan décrit également sous ce nom en ajoutant les stigmates physiques. Chez ces

aliénés prédisposés dès leur naissance à leur folie morale, on observe des stigmates physiques permanents, c'est à dire, c'est à dire qu'il existe dans toute leur constitution physique, certains signes qui méritent d'attirer l'attention. Ainsi, par exemple, la forme de la tête de la plupart de ces malades se rapproche par certains caractères, des états plus accusés d'imbé_

cillité et d'idiotisme. La tête est, tantot très petite, et tantot très forte, elle ne présente pas les proportions normales ordinaires ni la forme ordinaire. La plu_part de ces têtes sont symé_triques : formes bizarres, bosses cranniennes prédominant d'un côté de la tête ; il y a souvent les parties postérieures qui sem_blent coupées comme par un coup de hache, alors que les parties

antérieures sont plus développées
Il y a inégalité dans les
deux portions du crâne, asy-
métrie cranienne, et, en même
temps, il y a asymétrie de
la face. Il y a donc, dans
le crâne de ces malades, cer-
tains signes qui peuvent dé-
jà permettre de distinguer
l'empreinte de l'hérédité.
Mais d'autres signes plus
importants existent encore

dans la face, par exemple et dans les autres parties du corps. Il existe souvent du strabisme, de la déviation des yeux, des mouvements de tic, de contracture de diverses parties de la face, de l'inégalité dans le système musculaire d'un côté et de l'autre de la face. Les deux cotés sont inégaux et imparfaitement développés: la forme de la bouche est irr-

mal, la voute palatine ogivale; il y a une déformation des dents, le bégaiement, la placité. Il existe une foule de symptômes physiques qui coïncident avec ces formes héréditaires de la maladie. Si l'on continue en descendant, on constate des mouvements involontaires de la face, mouvements qui précèdent souvent de très longtemps l'éclosion

de la maladie mentale ; en descendant successivement, on arrive à des altérations organiques dans diverses parties du corps, à des dégénérescences sur lesquelles M. Morel a surtout appelé l'attention. On constate souvent le bec de lièvre, des hernies, des pieds-bots et des altérations des fonctions génitales. Les altérations génitales sont extrêmement fréquentes, non

seulement au point de vue des organes génitaux eux-mêmes, qui présentent des altérations organiques évidentes comme l'orchite, l'épispadias, des altérations chez l'homme et chez la femme; chez la femme des altérations des organes génitaux, des désordres internes, des modifications organiques des sens existent souvent chez ces malades; mais indépendamment

de ces modifications physiques organiques, il y a très souvent, le plus souvent, des altérations dans les fonctions génitales, altérations sur lesquelles on a appelé l'attention, surtout dans ces dernières années. Les Allemands, Westphalt par exemple, et d'autres auteurs allemands ont décrit ces perversions génitales.

M. Magnan, en France,

et plusieurs autres après Morel
ont étudié spécialement ce
sujet : les perversions des fonc-
tions génitales chez les aliénés
héréditaires. Or, ceci mériterait
une monographie. Ces altéra-
tions sont tellement nombreuses,
tellement variées, qu'elles mé-
riteraient de devenir l'objet
de tout un système d'études
spéciales. Tous les faits isolés
qui sont dans les traités

de l'impuissance et de la stérilité - tous les faits qui ont été rapportés à propos des anomalies d'organisation et même des monstruosités, tous ces faits-là peuvent être réunis dans un chapitre commun, au point de vue l'hérédité des maladies mentales et nerveuses. Il y aurait là un travail extrêmement interessant à faire, non seulement une thèse

très importante, mais une monographie très étendue. C'est un sujet qui commence à peine à être étudié et qui mériterait d'être suivi avec la plus grande attention. Les difficultés d'observation sont très grandes, parce que les malades dissimulent cet état; le plus souvent ils en ont honte et ne le manifestent pas. Les confidences

sont difficiles à obtenir, mais on pour-
rait, avec du temps et de l'étude
et de la persévérance, arriver sous
ce rapport, à des résultats très im-
portants. Il existe donc des si-
gnes très ~~importants~~ permanents,
des signes physiques, dans les fa-
lies héréditaires ; mais, indépendam-
ment de ces signes permanents,
il y a des signes temporaires, qui
se produisent de temps en temps,
sur lesquels j'insisterai tout à
l'heure, à propos de la marche

Les folies héréditaires ont donc des stigmates physiques sur lesquels M.r Morel a insisté avec beaucoup de raison, lesquels sont aujourd'hui décrits avec plus de soin depuis ces dernières années. A côté des stigmates physiques, il faut placer les stigmates de l'ordre intellectuel, les stigmates psychiques. Dans les folies raisonnantes et héréditaires, il y a ordinairement conservation

assez grande de l'intelligence ; l'intelligence a des facultés brillantes des facultés souvent éminentes, à côté de lacunes énormes. Il y a une grande inégalité dans le développement des facultés intellectuelles ; ce que l'on observe à un degré plus prononcé chez certains imbéciles, chez certains idiots, c'est à dire des facultés éminentes de musique, de calcul, de mécanique, à côté d'un affaiblissement extrême de l'intelli-

gence existe également à un degré moindre chez les aliénés raisonnants. C'est à ce point de vue surtout que l'on peut dire avec raison que les aliénés raisonnants ou héréditaires, au lieu de se rapprocher de l'état de raison, comme le croyaient Pinel et Esquirol et leurs élèves, ces états au contraire, quand on les observe convenablement, se rapprochent des états d'imbécillité, de débilité intellectuelle

Ils sont au bas de l'échelle de l'aliénation mentale, au lieu d'être au sommet; il faut les déplacer, et c'est un des grands progrès faits par Morel, de les placer au bas de l'échelle avant les débilités intellectuelles, au lieu de les placer en haut dans le voisinage de l'état de raison et de l'état de l'intelligence développée. Il y a des lacunes énormes qui mériteraient d'être étudiées avec

soin dans le détail ; mais d'une manière générale, ce qu caractérise ces aliénés hérédi taires, même avant le déve loppement de la maladie, c'est l'inégalité de dévelop. pement des facultés intellec tuelles. Les unes sont très remarquables ; il y a des fa. cultés spéciales de musique, de poésie, de peinture, de calcul, de mécanique, qui s'isolent du reste de l'intel

ligence, et l'on voit quelquefois certains de ces individus qui ne sont que prédisposés, qui ne sont pas encore arrivés à l'état de maladie et qui brillent par de qualités éminentes, et qui ont, en même temps, de grandes excentricités et de grandes faiblesse de grandes lacunes intellectuelles.

Je ne puis insister aujourd'hui sur les détails de ces différents faits, mais je tenais à vous signaler ce fait général

de l'inégalité du développement intellectuel. Mais à mesure que la maladie marche, à mesure que la maladie se caractérise davantage, à ces faits généraux, à ces faits de naissance, viennent s'ajouter des symptomes beaucoup plus caractérisés dans le domaine de l'intelligence ; on voit alors surgir des idées délirantes et des idées délirantes spéciales, qui ont

les caractères que je vous indiquais tout à l'heure, à savoir de s'introduire dans l'intelligence d'une manière tout à fait inattendue, d'une manière presque subite, d'entrer dans l'intelligence sans préparation, sans incubation, comme sortant d'une boîte à surprise : tout d'un coup, le malade se prend d'une idée fausse, s'y attache avec une fixité désespé-

rante ; elle fait la préoccup-
tion dominante de sa vie, et
cette idée peut durer très
longtemps et devenir un des
mobiles principaux de ses a-
tions ; mais après une lon-
gue durée, plus ou moins
longue, l'idée qui paraissait
absolument fixe, qui était
entrée dans l'intelligence
avec une grande ténacité,
cette idée, tout-à-coup, dis-
paraît et est remplacée par

une autre idée aussi absurde, aussi délirante que la précédente Ce mouvement, ce changement d'idées, qui a été signalé déjà par Mrs Morel, est un fait sur lequel M. Magnan insiste avec beaucoup de raison et dont il a donné des exemples très fréquents. C'est un des caractères principaux de la folie héréditaire, au point de vue de l'intelligence, de sorte que cette maladie, qui est considér

~~rable~~ comme une maladie des instincts et des sentiments, comme une maladie morale, au moins d'une manière prédominante, présente néanmoins dans l'intelligence des altérations très caractérisées. Mais c'est surtout dans le domaine du caractère, dans le domaine des instincts, des penchants, des émotions, que la folie héréditaire se manifeste. Les

malades ont des excentricités, ont un caractère extrêmement orgueilleux, égoïste, un caractère tout à fait spécial dès leur enfance. Ce caractère se développe peu à peu et dépasse plus tard les limites d'un simple caractère pour arriver à l'état morbide. On voit alors ces malades manquer absolument de sens moral, se livrer à des actes cyniques, à des actes

obcènes, à des actes violents, instantanés, qui caractérisent alors nettement la maladie mentale qui n'était précédemment qu'à l'état de prédisposition. Il y a là une succession qui fait que la maladie mentale n'est, en quelque sorte, que la continuation du caractère primitif de l'individu. C'est ce qui fait la difficulté très

grande du diagnostic. Dans ces cas difficiles, les perturbations morales des aliénés raisonnants se manifestent surtout dans les actes. Ces actes sont bizarres, grotesques, ridicules, absurdes. Ainsi, M. Trélat, dans sa folie lucide, a eu soin de collectionner un certain nombre d'observations dans lesquelles le malade se livre à des actes tout à fait ridicules, insensés. Ainsi, on rapporte l'histoire

d'une malade qui collectionnait dans des petits bouts de papier tous les produits de ses excrétions et de ses sécrétions : les rognures de ses ongles, le cérumen de ses oreilles etc ; qui collectionnait et gardait dans ses tiroirs ou dans une armoire, tous ces objets absolument inutiles et malpropres. D'autres malades ont des actes aussi grotesques, aussi ridicules. Morel a rapporté

exemples dans ses différents travaux. Il y a des actes grotesques, ridicules absurdes ; et, indépendament de ces actes, il y a surtout des actes violents, criminels, dangereux. Ce sont ces actes qui conduisent souvent les malades devant la justice et qui constituent les variétés nombreuses de monomanies qui étaient acceptées par nos prédécesseurs : la cleptomanie, la pyromanie, les manies érotiques, obcènes ; toutes les variétés

de monomanies admises par Pinel, Esquirol et leurs élèves, ne sont que des actes d'aliénés héréditaires; tandis que dans les autres formes de la folie, les actes sont motivés par une idée délirante, motivés par une hallucination, motivés d'une manière en quelque sorte raisonnable par le délire lui-même, chez ces héréditaires, au contraire, ces actes sont automatiques, ins-

tantanés, irrésistibles et sans mo-
tif. Le malade accomplit ces ac-
tes sous l'influence de la ma-
ladie, et aussitôt qu'il les a
accomplis, il va de lui-même
se livrer à la justice et avoue
ce qu'il vient de faire. Il ne cher-
che pas à dissimuler, à cacher,
il ne cherche pas à se faire ab-
soudre, il se livre lui-même
à la justice. Il y a un en-
semble de faits qui ont été
décrits par tous les auteurs

de médecine légale, qui, au lieu
de s'appliquer aux monomanes
cleptomanes, etc, s'appliquent,
en réalité, aux aliénés héréditaires
C'est dans cette sphère des actes
liés à l'altération des penchants
et des instincts qu'il faut sur-
tout chercher les caractères de
la folie héréditaire.
Je ne puis pas insister longue-
ment aujourd'hui sur ces faits,
ayant l'intention de vous don-
ner seulement une vue d'en-

semble sur les caractères généraux
des folies héréditaires. J'arrive à
la marche générale. Comme je vous
le disais tout à l'heure, cette
maladie débute dès l'enfance,
seulement elle débute par de sim-
ples anomalies, par de simples
altérations, des diverses facultés,
et elle n'est pas encore à l'état
de maladie confirmée. Dès l'en-
fance, on constate chez les héré-
ditaires, une grande bizarrerie de

héréditaire, les uns sont colères, violents, féroces avec les animaux les animaux ; les autres, au contraire, sont inertes, indolents et tous ces enfants ne peuvent pas vivre de la vie commune dans la famille comme dans les pensions où on cherche à les placer. Ils sont différents de tous les autres enfants et on est obligé de les soumettre à une éducation spéciale. On ne peut

pas les garder dans les pensions,
dans les institutions : on est oblig
de les renvoyer dans leur famille,
et les parents eux-mêmes ne sa.
vent pas comment les gouverner.
Ce sont de petits monstres au mo
ral ; ce sont souvent de petits
prodiges au point de vue de
certaines facultés spéciales. Ils
sont différents de tous les au-
tres enfants sous tous les rap-
ports et ils ne peuvent pas
être soumis à l'éducation

commune. Voilà des caractères très importants sur lesquels j'ai insisté avec raison, comme prodromes, comme signes avant-coureur des folies héréditaires. Mais c'est surtout au moment de la puberté que l'on constate ces symptômes très importants. La plupart de ces jeunes malades, de ces jeunes enfants, à l'époque de la puberté éprouvent des symptômes physiques et surtout moraux, très caractéristiques. Les symptômes

physiques consistent dans des signes choréiformes, dans des phénomènes nerveux ou cérébraux extrêmement marqués. Tout-à-coup, l'enfant est pris d'une espèce de fièvre cé-rébrale, pour employer le mot vulgaire, est atteint de phénomènes nerveux de délire, de délire rapide, souvent très étendu, de délire maniaque très intense qui effraye et qui déjoue complète-ment le pronostic et le diagnos-tic des médecins. Les uns consi-

dérent ce délire comme extrêmement fugace, sans importance, et ils se trompent, au point de vue de la marche ultérieure de la maladie ; les au contraire, sont tellement frappés de l'intensité des phénomènes nerveux et des phénomènes de l'ordre moral, qu'ils croient à une mort prochaine : Eh bien, ce pronostic et ce diagnostic, sont le plus souvent faux. Après

avoir traversé cette période de délire ou cette période de phénomènes choréiformes, nerveux, ces malades reviennent à leur état normal, à leur état antérieur. Ce n'est qu'une phase rapide dans l'évolution de leur maladie; mais alors au moment de la puberté, on voit se développer des phénomènes nouveaux. C'est alors qu'il survient une sorte de bifurcation dans l'existence de ces individus

Les uns tournent peu à peu à la débilité mentale, à l'imbécillité et à l'idiotisme, en passant par les phénomènes nerveux que je viens de vous indiquer : c'est là une des catégories ; les autres, au contraire, tournent à la folie héréditaire, à la folie raisonnante. C'est alors que l'on voit ces individus ayant traversé l'époque de la puberté assez difficilement, se manifester

d'une façon très intense : ils changent à chaque instant d'idée et de direction ; ils changent de profession, ils vagabondent, ils ne peuvent pas rester dans la famille, ils font des voyages, ils passent par les états les plus différents. Les uns entrent dans les couvents, les autres entrent dans la marine ou dans l'armée. Là, ils se font condamner, ils se font traduire devant les conseils de guerre. Ils ont une existence extrêmement

aventureuse, mouvementée, irrégu-
lière, et souvent on voit des jeu-
nes gens de 25 ans, 26 ans,
qui, à cette époque si peu avan-
cée de la vie, ont déjà passé par
les aventures les plus étranges,
par les professions les plus di-
verses. Ces individus quelque-
fois se mettent dans les couvents,
attirent l'attention par leur
conduite exemplaire et deviennent
comme des modèles. Puis, tout-
à-coup, ils abandonnent cette
vie exemplaire pour se livrer

à l'orgie et à la vie la plus irré-
gulière. Ils ont une existence ab-
solument aventureuse et mouvemen-
tée. C'est là un des caractères
principaux de la marche des
folies héréditaires, avant que la
maladie soit encore parfaitement
développée et confirmée. C'est une
marche ascendante vers la mala-
die. C'est ce qui fait la diffi-
culté du diagnostic, parce qu'
il est difficile d'établir le mo-
ment où l'état de simple pré-

disposition ou l'état d'originalité et d'excentricité se transforme réellement en maladie mentale confirmée. C'est là un des points les plus difficiles du diagnostic de la folie. Quoiqu'il en soit, ces malades, après avoir passé par ces phases diverses, ont une existence des plus irrégulières, des plus mouvementées, et arrivent souvent, les uns au crime, les autres à la folie. Les uns

arrivent au crime devant les tri-
bunaux, par des actes qui atti-
rent l'attention par leur énormité
quelquefois par leur cynisme, et
sont condamnés par les tribunaux,
et quelquefois envoyés dans les
prisons ; d'autres, au contraire,
sont jugés malades, sont jugés
aliénés, et sont enfermés dans
les asiles, mais, une fois entrés
dans les asiles, ils se montrent
si raisonnables, ils sont si dif-

férents de ce qu'ils ont été dans la société, que l'on ne tarde pas à les remettrent en liberté où ils recommencent leur existence vagabonde et aventureuse, jusqu'à ce que d'autres accidents cérébraux arrivent à convaincre de la maladie. Or, ces accidents ne sont pas seulement de l'ordre moral, ils sont souvent de l'ordre physique. C'est un fait sur lequel on n'avait pas insisté autrefois et qui,

aujourd'hui, est bien constaté.
Ces malades ont quelquefois, dans le cours de leur existence, plusieurs accès de maladie cérébrale aigüe, des accidents cérébraux semblables à ceux qu'ils avaient éprouvés à l'époque de la puberté, des accidents d'une nature congestive. Ces malades qui paraissent, aux yeux de beaucoup de beaucoup de personnes, absolument raisonnables, qui paraissent simplement des excentriques,

ou des originaux, sont pris tout-à-coup d'accidents cérébraux graves qui mettent leur vie en danger, des paralysies, des contractures, des phénomènes choréiformes, des accidents aigus, très intenses et que l'on considère comme mortels, qu'on prend pour des fièvres cérébrales ; après un certain temps guérissent d'une manière inattendue et reviennent à leur état antérieur au lieu de passer à la démence

à l'imbécillité, ils restent ce qu'ils étaient avant : des aliénés raisonnants aussi lucides qu'ils étaient avant ces accidents cérébraux et plusieurs fois dans leur vie on peut observer des faits semblables. C'est ce qui a été constaté, en particulier chez le fameux Sandon qui est un type de cet état maladif, qui a attiré l'attention d'une façon si remarquable du temps de l'empire. Ces phénomènes

cérébraux sont tellement de l'essence de cette maladie mentale que c'est le plus souvent de cette façon que ces malades finissent par mourir ; ils meurent cérébralement et, sous ce rapport, ils se rapprochent des maladies organiques du cerveau beaucoup plus que des formes de manie ou de mélancolie qui sont des formes absolument vésaniques et nerveuses sans ac-

cidents cérébraux du même genre.
Tous ces faits là sont intéressants à connaître au point de vue de l'histoire et de la marche des folies raisonnantes et héréditaires, mais le temps me presse et j'arrive à la 2me partie de cette leçon, aux folies avec conscience.

Ces folies avec conscience participent des caractères généraux que je vous ai indiqués comme appartenant aux folies hérédi-

traves ; ~~mais~~ elles sont lucides, elles n'ont pas d'hallucinations, elles sont rémittentes ou périodiques, elles ont une évolution extrêmement mouvementée, très variable suivant les époques de la vie, et elles se manifestent dans l'ordre des actes et des sentiments moraux, des instincts, plutôt que dans l'ordre de l'intelligence. Sous tous ces rapports, les folies avec conscience

se rapprochent des folies raisonnantes, des folies héréditaires. Mais elles en diffèrent, comme je vous le disais tout à l'heure, par ce caractère essentiel que le malade a conscience de son état maladif et s'en afflige, s'en préoccupe. Ces folies avec conscience ont été contestées autrefois. On définissait alors la folie : une maladie mentale non fébrile et sans conscience de son état. C'est là la définition d'Esquirol, de Baillarger et de plusieurs autres.

Mon père lui-même dans s[es]
travaux sur l'aliénation m[en]
tale sur le diagnostic, av[ait]
établi que ce caractère de la
conscience de son état était
exclusif de l'état de folie,
mais cependant que ces auteu[rs]
remarquables admettaient ce[tte]
définition théorique de la foli[e]
ils avaient le soin de publier d[es]
observations qui contredisaient
leur théorie générale, et Bail-
larger, en particulier, après

avoir admis l'inconscience de son état, comme un caractère pathognomonique de la folie, a été le premier à publier un exemple remarqué de monomanie avec conscience. Aujourd'hui, le fait n'est plus discutable. Tout le monde sait qu'il y a un assez grand nombre d'aliénés qui ont la conscience de leur état. C'est un fait parfaitement admis. Par conscience de son état on entend la constatation de l'état maladif

car le mot conscience a, en psychologie, plusieurs sens qu'il ne faut pas confondre. Pour les psychologues, il y a la conscience psychologique, c'est à dire la constatation de l'état normal intérieur de chacun de nous. C'est ce que les philosophes ont appelé la conscience psychologique. D'autre part, le mot conscience est employé vulgairement comme conscience morale, c'est à dire comme dicernement du bien

et du mal. Mais ce n'est pas
à ce point de vue là que nous
employons en pathologie mentale
le mot de conscience de son état.
C'est une troisième acception du
mot. Ceci veut dire que les
malades, quoique dominés mal_
gré eux par des idées, par des
impulsions maladives, savent
sentent que ces faits sont mala_
difs, et en ont conscience. Or,
il faut étudier dans la folie
avec conscience, quatre catégo_
ries de faits : d'abord la cons_

cience des sensations morbides, t
hallucinations physiologiques.
On a étudié sous le nom d'hal
lucinations physiologiques, des
faits assez rares dans lesquel
le malade assiste en specta-
teur passif à des phénomènes
de l'ordre sensitif, surtout
du côté de la vue. On voit
des malades conservant leur
raison, avoir cependant des
phénomènes bizarres du côté
de la vue, voir passer devant

leurs yeux. Ces phénomènes, comme je le dirai dans la prochaine séance sont souvent toxiques, mais ils peuvent exister en dehors des agen médicamenteux, ils peuvent être spontanés, et on a cité des exemples d'hallucinations dites physiologiques avec conscience de son état. Burdin, Müller, et beaucoup d'autres, ont rapporté des exemples, Nicolaï, entre autres, des exemples qui ont été collectionnés par différents auteurs

qui ont écrit sur les halluci-
nations, dans lesquels le ma-
lade assiste en spectateur
passif à des phénomènes de
fantasmagories, à des phéno-
mènes de vision ou même d'au-
dition indépendants de sa
volonté, indépendants de son
moi, mais les juge tels qu'ils
sont. Au lieu d'être dupes
de ces hallucinations, de
croire à leur réalité, ces ma-
lades constatent que c'est

un fait pathologique qu'ils ne peuvent pas dominer, qui se produit malgré eux mais que c'est un fait maladif auquel ils assistent comme s'ils étaient étrangers au phénomène. C'est un phénomène qui se passe en dehors de leur moi, de leur conscience. Eh bien, ce qui a lieu pour les hallucinations d'une façon si claire et si évidente, se produit également pour les idées, pour les émotions et pour les impulsions

Dans ces trois ordres de phéno-
mènes, le même fait existe et
mérite d'être étudié avec
soin. On voit des aliénés avoi[r]
des idées délirantes, des idées
fausses, qui surgissent en eux
malgré eux, qui s'imposent,
des idées qui s'imposent, ce
que les Allemands ont appelé
des beherrschen vorstellung, c'est
à dire des idées forcées, dont
on ne peut pas se débarrasser,
qui s'imposent à vous, ce que

en France, on appelle plutôt de l'obsession. Chacun de nous sait que, dans l'état normal, dans certains états nerveux, dans l'état du rêve, surtout dans l'état du demi sommeil, mais même dans l'état de veille, nous éprouvons, de temps en temps, ce phénomène de l'obcession. Certaines idées, à certains moments, s'imposent à nous, malgré nous, reviennent sans cesse à notre esprit, et nous ne pouvons pas parvenir

à les chasser. Nous avons bes[oin de] faire de grands efforts, nous ne pouvons pas nous débarras-ser de cette obsession. Ce fait qui n'a rien d'extraordinaire dans cette mesure, qui est presque physiologique qui est tout simplement nerveux, qui n'a pas une grande impor-tance au point de vue men-tal, devient très important quand il se continue, quand il persiste, quand il cons-

-titue la vie habituelle de l'individu. Ce phénomène qui est passager chez certains individus, peut devenir permanent. Il constitue alors une des formes de la folie avec conscience. Certaines idées s'imposent avec une telle ténacité que le malade ne peut parvenir à s'en débarrasser. Il est tellement obsédé par ces conceptions, par ces mots, qu'il arrive à ne plus pouvoir songer à autre chose, à ne plus

savoir rien faire, à être privé ab-
solument de toute initiative et
de toute action, dans les fonc-
tions ordinaires de la vie.

Quand l'obsession arrive à ce
degré, c'est un degré absolu-
ment maladif. Ce qui existe
pour les idées existe égalemen[t]
pour les émotions et pour les
impulsions. Dans la sphère
des émotions, nous avons éga-
lement certains malades anor-
maux, pathologiques, dans

une certaine mesure, qui ont, dans un point de leur intelligence, ces émotions involontaires. Ainsi, on a cité des exemples de personnes qui avaient la crainte de se couper la gorge en se rasant; d'autres qui ont la crainte d'une fenêtre ouverte, qui ont la crainte d'un précipice, qui se sentent attirés, malgré eux, par cette fenêtre ouverte ou par un couteau, par une épée, qu'ils ont sous

les yeux. Ils ont la crainte de se jeter par la fenêtre, la crainte de se jeter à l'eau, de se jeter du haut d'un pont, et, en même temps, ils ont le désir, l'impulsion d'accomplir l'acte qu'ils redoutent. Il y a là un phénomène très naturel dans l'intelligence humaine, qui n'est autre chose que le phénomène du vertige; de même que, placé sur une montagne élevée, ou sur une

tour élevée, on est atteint de vertige et on a une telle crainte de se pré_cipiter qu'on se sent attiré par le vide et par le précipice; et bien, de même dans l'ordre mental, en éprouve ce même phénomène: on est attiré malgré soi par cer_taines idées ou par certaines émo_tions qu'on redoute. C'est un phénomène qui peut arriver à un degré excessif, et constituer alors une variété de folie avec conscience. Quand ce phénomène

existe constamment, domine l'in-
telligence au point d'empêcher
toute autre action, il constitue
une véritable maladie; on ne
peut pas nier que ce soit un
fait pathologique et absolument
différent de l'état normal.
Ceci constitue une autre variété
de la folie avec conscience.

Restent maintenant
les impulsions, Les impulsions
sont le fait le plus impor-
tant dans cette forme de

de folie. L'impulsion automatique, involontaire, irrésistible, est presque toujours un fait héréditaire. Dans la plupart des autres formes de maladies mentales, les actes des malades sont motivés, non pas par une impulsion, mais par une idée et par une hallucination. Chez les mélancoliques, chez les maniaques beaucoup d'actes sont motivés. Les malades agissent en vertu d'une idée fausse ou vraie,

chez les impulsifs, chez les héréditaires l'acte est involontaire le malade se sent poussé malgré lui, à briser, à tuer, à voler; à incendier; tout ce que l'on a appelé des monomanies instinctives, autrefois, du temps d'Esquirol, tous ces faits se rattachent à la folie impulsive avec conscience. Ce sont des faits très importants au point de vue de la médecine légale, et qui ont été bien étudiées

par les auteurs, mais qui n'ont pas été rattachés à leur origine ; au lieu d'en faire des monomanies, comme on l'a fait jusqu'à nos jours : monomanies du vol, monomanie du meurtre, monomanie incendiaire, monomanie obcène ou autres, il faut en faire des actes des maladies héréditaires avec conscience. Dans la plupart des cas, en effet, les malades sentent très bien qu'ils sont poussés, malgré eux, à faire du mal,

des choses qu'ils réprouvent. Quelques uns d'entre eux demandent à être protégés contre eux-mêmes, ils demandent la camisole, réclament la protection, vont d'eux-mêmes se placer dans les asiles pour se protéger contre les actes vers lesquels ils se sentent invinciblement poussés. Mais l'impulsion persiste. Elle existe non seulement pour les actes dont je viens de vous parler

mais pour le suicide qui est très
souvent un acte impulsif, et le
suicide est la forme la plus habi-
tuelle de la folie héréditaire. Or,
le suicide impulsif diffère abso-
lument du suicide motivé. Tan-
dis que certains aliénés cherchent
à se tuer pour échapper, pour
se soustraire à des craintes ima-
ginaires, à des tortures, à des
empoisonnements, enfin à des
craintes motivées, les aliénés héré-
ditaires impulsifs, au contraire
agissent en vertu de cette simple

impulsion. Et, pour le suicide, c'est très caractéristique : on voit dans certaines familles, le suicide impulsif se continuer sous la même forme pendant plusieurs générations ; on voit des enfants qui sont nés de parents impulsifs, qui n'ont pas vécu avec eux, qui sont souvent dans des pays étrangers, qui n'ont pas, comme leur père et leur mère, vécu dans leur famille, et qui, cependant, à certains

moments de leur existence, sont pris
pathologiquement de la même impul
sion qui avaient éprouvée leurs pa-
rents, et souvent au même âge.
Il n'y a rien d'héréditaire comm
le suicide impulsif, beaucoup plu
que le suicide motivé. Les impul
sions jouent donc un très grand
rôle dans la folie avec conscience.
De toutes les variétés dont je
viens de parler tout à l'heure,
ce sont certainement les plus
importantes, non seulement au
point de vue de la médecine légal

mais au point de vue de l'o
servation ~~légale~~. clinique.
A côté de ces états que je n
peux que signaler aujourd'
hui, car je ne fais que parcou
rir très rapidement les faits
principaux qui concernent les
folies héréditaires, je dois vous
parler, en terminant, de form
spéciales de la folie avec cons-
cience qui méritent une des-
cription particulière. M.
Magnan, dans ses cours, au-

jourd'hui, a la tendance de confon-
dre, dans un seul groupe très vaste
et très étendu, toutes les folies
héréditaires, sans établir parmi
elles aucune distinction. J'adopte
parfaitement la tendance générale
de M. Magnan qui n'est pas
autre que celle de Morel, au
point de vue des caractères gé-
néraux des folies héréditaires.
Mais, indépendamment de ces
caractères généraux sur lesquel
j'ai insisté devant vous et

qui sont très importants à connaître il faut admettre des espèces et des variétés. Le groupe, la famille immense des aliénés héréditaires est trop vaste est trop compréhensive, pour qu'on n'y fasse pas des coupures et des distinctions. Il importe donc de poser en principe ces caractères généraux dont je vous ai parlé, mais il faut faire des études spéciales, il faut faire des descriptions d'espèces et des

et des descriptions de variétés, dans cette famille beaucoup trop étendue des aliénés héréditaires. Or, une de ces variétés qui est aujourd'hui bien connue et bien décrite et qui mérite réellement une description spéciale, c'est la folie du doute ou la folie du toucher, nous ne savons quelle expression employer pour désigner cette forme de maladie mentale, mais elle est tellement spéciale, tellement bien décrite aujourd'hui, tellement

bien connue, avec des caractères tellement typiques, qu'elle mérite une description tout à fait séparée. Mon père a appelé folie du doute cet état dans lequel les malades ont de l'hésitation dans la pensée ou dans les actes. L'hésitation du doute est le fait dominant dans leur état maladif. Ces malades sont souvent, dès leur enfance, atteints de scrupules exagérés, mais c'est surtout à l'époque

de la puberté se manifestent les
premiers signes de cette maladie.
Les jeunes gens ont le besoin de
rechercher les causes de toutes
choses, souvent de se lancer
dans la métaphysique ou dans
la religion, dans la philosophie,
et arrivent, peu à peu à des
scrupules religieux ou autres,
à un état de doute général.
Ils se posent constamment des
questions mentalement, et ne
peuvent pas y répondre

ou, tout en faisant une réponse quelconque à la question, ils éprouvent le doute et ils se demandent si cette réponse est bien conforme à la vérité. Ils ont des doutes sur l'origine de l'homme, de la divinité, sur les faits extérieurs, sur les faits qui les entourent, et ils arrivent à douter de tous les faits les plus simples. Est-ce bien une chaise ou un fauteuil? Est-ce bien un homme auxquels

ils parlent ? etc La manie des questions porte sur tous les faits de la vie habituelle, et arrive à un degré qui est une vérita-ble torture morale. C'est là le premier degré de la folie du doute, maladie qui a été bien étudiée dans ces dernières années, mais qui mérite d'être encore décrite avec plus de soin qu'on l'a fait jusqu'à présent. C'est ordinairement à l'époque de la puberté qu'existe cet état de scrupules, cet état de

doute, qui porte non seulement
sur les idées mais sur les ac[tes].
Le doute porte sur les actes
en ce sens qu'on se demande
si l'on doit marcher, si l'on
doit s'avancer, si on doit
passer par une porte, si on
doit faire un acte quelconque,
tous les actes : s'asseoir, man-
ger, s'habiller, tous les actes
de la vie deviennent un obje[t]
de questions, de contestations,
d'indécision. C'est là le
premier degré de la maladie

Mais, chose remarquable, c'est qu'ordinairement, elle ne se borne pas là. Il y a certains malades qui restent pendant toute leur vie à cet état de première période, à l'état de doute simple portant sur tous les actes. Mais la plupart d'entre eux ne s'arrêtent pas là, et c'est là un fait très essentiel à constater. M. Magnan a dit avec raison qu'il y avait des cas où la folie du doute existait seul

C'est vrai quelquefois, mais dans la plupart des cas, à la folie du doute vient s'ajouter ce que nous avons appelé la folie du toucher, le délire du toucher. Cette maladie consiste dans la crainte de toucher les objets extérieurs. Et, chose remarquable, cette seconde période se produit quelquefois tout-à-coup, du jour au lendemain, et, en interrogeant les malades rétrospectivement, on peut arriver

à découvrir le jour et l'heure en quelque sorte, où s'est transformée la maladie. Un beau jour, un fait extérieur surgit; le malade en est frappé, s'accroche à cette idée et cette idée devient l'idée dominante de toute sa vie. Ainsi, par exemple, les uns apprennent qu'une personne a été mordue par un chien enragé et, à partir de ce jour, l'idée du chien enragé s'empare de l'esprit du malade et ne le

quitte pas pendant toute sa vie. Il en est de même d'au-tres craintes du même genre, car toutes ces craintes peuvent être réduites à un petit nom-bre de faits parfaitement connu[s] les uns ont la crainte des ai-guilles et des épingles; les au-tres redoutent les objets métal-liques, les objets qui peuvent donner la contagion ou la malpropreté des petits papiers, des allumettes, des objets écri[ts]

rieurs insignifiants. Quelquefois la crainte porte sur des contagions, sur les maladies contagieuses, et, quel que soit l'objet du délire, ordinairement cette idée dominante se produit du jour au lendemain, et, à partir du jour où elle est entrée dans l'esprit, elle ne cesse plus d'y dominer pendant toute la vie à des degrés différents. Ces malades ont la crainte des aiguilles, des épingles, des chiens enragés, des chats, et, quelquefois

des hosties ou du sacrilège, des petits papiers, des objets extérieurs, des crayons... on a cité une trentaine d'objets extérieurs, d'objets différents, qui préoccupent ces malades : quelle que soit l'idée délirante, la maladie a toujours les mêmes caractères généraux. Elle a d'abord comme phénomène fondamental le doute, l'hésitation dans la pensée ou dans l'action qui reste, pendant

toute la vie et qui domine toute l'existence de ces individus ; mais, de plus, il y a certains faits très importants. Il y a d'abord la répétition mentale. Ces malades arrivent, peu à peu, à avoir le besoin de se répéter mentalement les mêmes mots et les mêmes idées. C'est de l'obsession, de l'automatisme cérébral, comme je le disais tout à l'heure. Le malade éprouve le besoin de se convaincre lui-même, de faire cesser

les doutes doutes portant sur les sujets les plus divers. Il éprouve le besoin de se répéter lui-même, pour se convaincre qu'il n'y avait pas d'aiguille qu'il n'y avait pas d'épingles qu'il n'y avait pas de chien enragé, qu'il n'a pas été contagionné qu'il n'a point subi d'empoisonnement, qu'il n'a pas touché de pièces de monnaie, etc... Quel que soit l'objet du délire, le fait psycho-

logique est toujours le même : la répétition mentale. Le malade a besoin mentalement de répéter les mêmes phrases, les mêmes mots, pour arriver à se convaincre. C'est là un véritable supplice mental, un supplice extrêmement pénible pour ces malades, mais qui, souvent, se passe dans le for intérieur. Au premier degré de la maladie, ces malades n'osent pas avouer cette anomalie intellectuelle, et la gardent

ils ne font pas de confidence. Il est rare qu'ils avouent à certaines personnes l'objet de leur préoccupation mentale. Mais plus tard, quand la maladie a marché, surtout quand elle est à l'état d'accès, ils ne peuvent plus se contenir et ils avouent à tout le monde leur préoccupation délirante. Sous l'influence de ce besoin de répétition mentale, le malade a recours à des moyens très variés, pour

chercher à s'en débarrasser ; il a recours à des vœux, à des procédés indirects. Il se dit à lui-même, par exemple, qu'il répétera vingt fois, trente fois, soixante fois, la même chose ; et, quand il sera arrivé à des chiffres très étendus, quand il aura marché 20 fois, quand il aura employé des procédés variés pour combattre son délire, il s'arrêtera. Et quelquefois ces moyens indirects réussis-

sent pendant un certain temps le malade arrive à se fixer une tâche, à dire, à répéter un nombre de fois déterminé une chose. Et, alors, il s'arrête pour reprendre un peu plus tard. Dans d'autres cas, ces moyens sont insuffisants et le malade éprouve le besoin d'avoir auprès de lui un souffre-douleur, c'est à dire une personne qui répète à

sa place les mêmes mots pour
le rassurer, pour le convaincre;
il éprouve le besoin de chercher
dans l'affirmation d'autrui,
une démonstration qu'il ne peut
pas trouver dans son affirmation
personnelle. On voit la plupart
de ces malades accompagnés
d'un souffre-douleur. Quelque-
fois, c'est le mari, la femme
la mère ou la fille; d'autres
fois c'est une bonne, une do-
mestique, ou une personne de

de confiance qui se trouve devenu le souffre-douleur de ces malades et qui arrive alors à ne plus pouvoir les quitter, à être constamment obligée d'être attachée à ces personnes pour répéter les mêmes choses, les mêmes affirmations, pour chercher à convaincre ces malades. Ces malades arrivent tous à des actes absolument semblables. Ainsi, la plupart d'entre eux arrivent

à se laver les mains pendant toute la journée, à abuser de l'eau, des serviettes, pour tâcher d'effacer de leurs mains la trace de l'objet qu'ils redoutent. Les uns redoutent les chiens enragés, le poison, la contagion des objets métalliques. Ils arrivent à des lavages perpétuels pour se dégager se débarrasser de la présence de l'objet qu'ils redoutent. D'autres arrivent à modifier les actes de leur vie. C'est

alors que l'état mental devient caractéristique, et on est obligé d'éloigner les malades même dans les maisons de santé ou quelquefois dans leur propre maison. D'autres fois ces malades hésitent pour tous les actes de la journée. Ils ont la crainte qui domine toute leur existence. Ils n'osent pas s'habiller, ils n'osent pas changer de chemise ou de vêtements, ils n'osent pas se mettre à table

s'asseoir sur une chaise, se lever à tous les actes les plus indis_pensables de la journée. Ils n'osent pas passer une porte, ouvrir une fenêtre déplacer un objet. Tout devient une diffi_culté dans leur existence, parce qu'ils redoutent le contact de l'objet qui les préoccupe constam_ment. Les uns redoutent les épingles, les aiguilles, la conta_gion, comme je le disais tout à l'heure; mais, quel que

soit l'objet redouté, les actes sont toujours les mêmes, et les malades arrivent quelquefois à rester au lit, à s'enfermer dans leur chambre, à ne plus vivre de la vie commune, à refuser d'assister au repas de famille, à refuser de toucher aux couteaux, aux fourchettes, aux cuillers, à ne pas vouloir changer de vêtements, de linge, quelquefois ils restent des mois entiers sans changer

de vêtements, et la chose la plus difficile avec ces malades, c'est de leur faire accepter des vête-ments nouveaux, parce qu'ils craignent que les nouveaux vêtements fournis par les tail-leurs et les couturières ne con-tiennent l'objet de leur terreur. Ils ne peuvent garder que leurs anciens vêtements. De même, quand ils ouvrent une porte, ils ne veulent pas toucher un bou-ton de porte sans se servir du

pan de leur habit ou de
leur robe. Ils redoutent d'ou-
vrir une porte, une fenêtre,
de passer près d'une mu-
raille avec des objets qui se-
raient frôlés par leurs vêtements.
Ils évitent le contact des au-
tres personnes et des autres
objets extérieurs. Il en résulte
un changement total dans
l'existence, et cette préoccu-
pation mentale qui d'abord
était renfermée dans leur

leur for intérieur, qui était absolument en dehors de la vie extérieure du malade, s'impose peu à peu tellement que toute l'existence s'en ressent. Ces malades deviennent alors impossibles. Ils sont obligés de renoncer à l'exercice de leur profession, aux devoirs de famille. Ils vivent d'une façon tout à fait spéciale; ils arrivent à s'isoler du monde

entier ; ils vivent seuls dans leur chambre, loin de leur famille, loin de leur entourage. Souvent même ils arrivent à n'avoir plus de domestique, à faire leur cuisine eux-mêmes. Ils arrivent à l'inaction par l'absence de l'accomplissement de tous les actes nécessaires à la vie.

Il y a là une série de faits qui se produisent très fréquemment et qui sont tou-

jours les mêmes chez tous les malades de tous les pays, à toutes les époques, à toutes les époques sociales, dans tous les temps on retrouve ces mêmes malades ; en cherchant bien dans les auteurs anciens du moyen-âge et dans les auteurs plus modernes, on découvre des faits de ce genre racontés par des romanciers ou par des poëtes. et on trouve des exemples dans

l'histoire, et on reconnaît l'é-
tat maladif d'après les
descriptions. Cependant cet
état n'est connu que depuis
peu de temps et n'est pas
encore bien connu de la plupart
des médecins spécialistes. Ceci
est un exemple absolument
typique de folie avec conscience
et un exemple tellement carac-
térisé, tellement spécial, qu'il
mérite une description à part.

M. Magnan a tort, selon moi, de vouloir fusionner ces états très bien décrits, très bien connus, avec la folie héréditaire en général. Il ne suffit pas de connaître les caractères généraux dont je vous ai parlé jusqu'à ce jour, pour caractériser les folies héréditaires. On peut caractériser ainsi une grande famille, un grand genre de malades, mais il faut entrer plus avant dans la descrip-

tion et admettre des espèces et des variétés dans cette famille générale, beaucoup trop vaste, des héréditaires. Cette description spéciale a un grand intérêt, non seulement au point de vue clinique, au point de vue de la connaissance véritable des maladies mentales, mais au point de vue spécial. Ces malades sont absolument différents des autres hommes, et, par consé-

quent doivent être l'objet de mesures spéciales, soit au point de vue thérapeutique, soit au point de vue de la vie commune. Il est certain que ces malades ne peuvent pas être laissés dans la famille quand ils sont arrivés à ce degré extrême de la maladie ; ils ne peuvent pas, non plus, vivre au milieu de leur famille avec leur femme et leurs enfants, sans devenir une cause de désordre, une

cause de trouble, une cause
d'inquiétude pour la famille
tout entière : on ne peut sa-
crifier ainsi toute une famil
à un seul individu. Il y
a là des mesures à prendr
Il y a, en outre, une certai
thérapeutique à exercer. Cer-
tainement ces maladies là
sont rares, ne guérissent jamai
complètement et durent tout
la vie, mais cependant elles
sont sujettes à des rémis-

tions et à des intermittentes très prononcées et très prolongées. La disposition interne peut exister, mais la maladie change de caractère extérieur; et, sous l'influence d'un traitement physique et moral, de l'hydrothérapie, de moyens variés et dirigés contre le système nerveux, la gymnastique, l'exercice, les voyages, et par un ensemble de moyens physiques et moraux, on peut arriver à modifier les malades à les rendre suppor-

tables et tolérables dans la vie commune. Il y a donc un intérêt à tous les points de vue, à mieux connaître ces états maladifs et même pour la médecine légale, ceci a une grande importance. Il s'agit de savoir à quel degré ils ont conservé leur responsabilité, dans quel moment on peut leur accorder la responsabilité légale de leurs actes, et à quelle période au contraire, on peut leur en-

lever cette responsabilité au point
de vue des testaments, au point
de vue de tous les actes légaux
c'est un fait très important.
Et, à ce sujet, je profiterai de
l'occasion, pour faire un correc-
tif à la première leçon, correc-
tif qui me paraît indispensa-
ble. J'ai paru, aux yeux de
plusieurs personnes, avoir commis
dans cette leçon, la faute d'une
véritable contradiction, de m'être
contredit avec moi-même. Il a

pu sembler à quelques uns d'entre
vous que, dans la dernière par-
tie de la leçon, j'avais en partie
détruit ce que je cherchais à
établir en commençant. Eh
bien, ce n'est là qu'une appa-
rence. Je me suis peut-être
mal expliqué. Je n'ai jamais
dit que la responsabilité par-
tielle existât et dût être admise
responsabilité partielle au même
moment de la maladie, mais
j'ai cherché surtout à établir

ce fait : qu'à un moment donné, au moment où l'on parle, au moment où on examine le malade, il ne peut pas être en même temps responsable de certains actes et irresponsable de certains autres ; qu'à un moment donné de la maladie, on est ou responsable ou irresponsable dans le moment où on observe, mais que, plus tard, il peut survenir d'autres périodes, de guérison, de rémission, de convalescence,

dant lesquelles la responsabilité peut revenir et peut être admise, mais c'est à une période différente, à un moment différent de la maladie et ce n'est pas au même moment. C'est sur ce point surtout que je me sépare de tous les auteurs qui défendent aujourd'hui la responsabilité partielle : pour ces médecins qui admettent devant les tribunaux la responsabilité

partielle c'est au même moment
où on interroge le malade, où
l'on l'examine, qu'il peut être
responsable et irresponsable de
certains accès. Ainsi, par exem-
ple, on peut être responsable
pour un faux et irresponsable
pour un homicide. Voilà
comment comprennent la respon-
sabilité les auteurs dont je
parle tandis que, moi, je
soutiens la thèse inverse :
c'est qu'à un moment donné

on ne peut pas séparer l'indi
vidu en deux parties dont
l'une serait responsable et
l'autre irresponsable. On on
est malade ou on ne l'est
pas. Si on est malade on
doit être considéré comme ir-
responsable de la totalité de
ses actes ; si, au contraire,
on est dans la période de
santé relative, on doit être
considéré comme responsable
de la totalité des actes.

Cela dépend du moment de la maladie. Ainsi par exemple, pour les épileptiques, quand ils sont dans un accès maniaque caractérisé, dans un accès de délire épileptique évident, ils sont irresponsables mais pas quand cet accès de délire a disparu, qu'ils sont rentrés dans leur état normal. Eh bien quoique épileptiques ils peuvent être considérés comme responsables dans ces périodes de lucidité.

C'est dans ce sens que j'ai admis quelques exceptions à l'irresponsabilité absolue ; mais ces exceptions portent sur des périodes différentes de la maladie et non pas sur le même moment. Voilà en quoi je diffère des autres auteurs qui cherchent, au contraire, à doser la responsabilité à un moment donné ou au même moment, disant : tel acte est commis sous l'influence de la maladie

Tel autre acte, au contraire, dépend
de l'état normal de l'individu,
et on doit le considérer comme
responsable. C'est cette théorie
de la responsabilité partielle que
j'ai combattue et que j'ai com-
battue dans tous les cas, et non
pas seulement dans quelques
cas exceptionnels. Je devais réta-
blir la vérité sous ce rapport
parce que la contradiction était
apparente quand on n'avait
pas bien compris le sens de

mes paroles.

Je terminerai ici ce que j'ai à vous dire sur les folies héréditaires. J'aurais pu m'étendre beaucoup plus longuement, mais j'ai peu de temps puisque je ne ferai que huit leçons devant vous cette année et j'ai hâte d'arriver à d'autres sujets. Dans la prochaine séance, je traiterai de l'alcoolisme en général, alcoolisme aigu, subaigu et alcoolisme chronique, les

trois phases différentes de l'intoxication alcooliques.

(Applaudissements)

---

28 9bre 1886.

Messieurs,

Mon intention est, aujourd'hui, de vous parler de l'alcoolisme, envisagé sous une forme générale, et surtout, envisagé au point de vue des phénomènes du délire qui doit nous occuper particu-

tièrement ici.

L'alcoolisme a été très étudié, surtout depuis une trentaine d'années ; on a écrit, sur ce sujet, de nombreux mémoires, de nombreux volumes, et il faudrait plusieurs séances pour aborder dans leurs détails tous les phénomènes de l'alcoolisme.

Je me propose, aujourd'hui, de me borner à une vue d'en-

semble sur les trois formes principales de manifestations alcooliques au point de vue du délire : le délire aigu, le délire suraigu, le delirium tremens, et le délire subaigu, tel qu'il a été décrit par le professeur Lasègue, et les cas d'alcoolisme chronique étudiés par Magnus Huss, médecin suédois, qui a fait une monographie de l'alcoolisme publiée en 1852. Cet ouvrage a été

traduit en Allemand, mais il n'a pas été traduit en françai[s]; il a été le premier pas, le point de départ des travaux ultérieurs.

Nous allons donc envisager aujourd'hui ces trois formes diverses de l'alcoolisme: le délire aigu, le delirium tremens, le délire subaigu et l'alcoolisme chronique.

Vous savez tous, messieurs, quel abus on a fait, dans

tous les temps et chez tous les peuples, de l'alcool pris sous diverses formes : sous forme de vin, sous forme d'eau de vie et de liqueurs variées. Je n'ai pas à insister sur ce côté social et général de l'alcoolisme.

L'abus des alcools sous diverses formes est tellement prononcé, tellement fort, dans certains pays et surtout dans les pays du nord, dans les

gions septentionales, en Angleter
en Amérique, en Suède, en
Norvège, en Russie, qu'on a été
obligé de prendre des mesures
publiques des mesures admi
nistratives et sociales, de publi
des lois et des règlements pour
tâcher de sévir contre cet
abus et d'en diminuer l'in
tensité et l'extension. En
France, dans ces dernières an
nées, on a fait beaucoup

de discours, on a écrit des lois contre l'ivresse publique ; on a créé des sociétés de tempérance ; on a cherché par tous les moyens à lutter contre cette tendance funeste, qui se généralise et qui nuit, non seulement aux individus, mais à la génération tout entière.

Je n'ai pas à insister aujourd'hui sur ce côté social de la question, et j'arrive immédiatement à l'examen de

la question qui nous occupe.

Je commencerai par l'étiologie de l'alcoolisme, c'est-à-dire l'examen des conditions diverses dans lesquelles se produisent les phénomènes alcooliques que nous aurons à étudier tout à l'heure.

Comme l'a très bien dit Lasseire, ne s'alcoolise pas qui veut. Chacun peut devenir ivrogne, chacun peut s'enivrer

par l'alcool peut arriver à provoquer des accidents alcooliques plus ou moins graves, peut arriver à provoquer la mort par l'abus des alcools, des liqueurs alcooliques, mais tout le monde ne peut pas arriver à se donner les phénomènes propres de l'alcoolisme, tel que nous le concevons médicalement aujour-

de lui. On peut s'enivrer, on peut arriver à la mort par l'ivresse, mais on ne peut pas se donner les phénomènes spéciaux de l'alcoolisme.

Il y a donc des conditions nécessaires pour devenir alcoolique, et ces conditions peuvent se ramener à trois catégories.

La première dépend de

l'individu lui-même. Pour s'alcooliser d'une manière spéciale et avoir éprouvé des phénomènes physiques et moraux de l'alcoolisme, tel que nous le comprenons, il faut une disposition spéciale provenant, soit de l'hérédité, soit de l'individu lui-même, mais il faut spécialement être disposé à éprouver ces phénomènes.

Or, les études de Morel ont démontré que l'hérédité des maladies nerveuses ou mentales joue un très grand rôle dans la disposition des individus à éprouver les phénomènes de l'alcoolisme.

Il y a deux catégories distinctes de ces individus, comme l'a dit Morel :

Les uns peuvent résister à

des doses énormes d'alcool
et peuvent en abuser longtemps
sans en éprouver pendant des
années, des effets appréciables,
il y a certains individus
qui peuvent résister à des
doses effrayantes d'alcool,
sans éprouver les phénomènes
caractéristiques de l'alcoolisme.
Morel traite de la résistance
de certains catégories d'in-
dividus atteints de mala-

dies nerveuses à l'action de l'alcool ; d'autre part, il a signalé d'autres catégori[es] d'individus à qui il suf[-]fit d'une très faible dose d'alcool pour s'enivrer et s'alcooliser.

Il y a donc deux catégories distinctes, au point de vue de l'action de l'alcoolisme sur les individus : les uns résistent outre mesure, les

autres cèdent à la dose la plus faible. Il y a des individus qui ne peuvent pas prendre deux petits verres d'eau de vie dans la journée sans devenir alcooliques: d'autres, au contraire, résistent à des doses considérables d'alcool et peuvent en abuser pendant des années, sans aucun des symptômes spéciaux de l'alcoolisme

aigu ou chronique.

L'individu joue donc un grand rôle dans la réceptivité ; il importerait, sur ce point, d'aller plus loin que Morel et de chercher à distinguer les formes de maladies nerveuses ou mentales qui donnent lieu à ces deux dispositions spéciales à éprouver les phénomènes de l'alcoolisme, ou à l'une ou l'autre.

Il est probable que les individus descendant d'alcooliques ont une résistance très grave à l'action de l'alcool, tandis que les autres descendant de parents atteints d'autres maladies nerveuses ou mentales, ont une résistance très faible. Ce fait a été très étudié, mais il ne l'a pas encore été suffisamment pour que l'on puisse se prononcer d'une façon certaine.

J'arrive au dernier point, à la seconde condition nécessaire pour devenir alcoolique, c'est à dire à la liqueur ingérée.

On a admis que le vin donnait rarement lieu à l'alcoolisme, tandis que les liqueurs de toutes sortes, comme l'eau de vie, le vermouth, l'absinthe surtout donnaient lieu à des accidents plus graves d'alcoolisme.

En terme général, il y a une

différence évidente entre l'action de ces diverses liqueurs. On a fait des expériences nombreuses sur les animaux, mais il est difficile de conclure de l'animal à l'homme. Il y a un savant, M. Magnan qui a fait des expériences nombreuses sur lesquelles il a voulu baser l'historique complet de l'alcoolisme. D'autre part, il s'est fait des expériences en grand dans tous

les pays. Lasserre disait que l'alcoolisme décrit par Magnus était l'alcoolisme de la Suède mais n'était pas l'alcoolisme de notre pays. On s'alcoolise différemment d'une autre façon en Suède qu'en France. Magnus décrit l'alcoolisme mais d'après la manière dont il se produit en Suède ; sa description ne s'applique pas rigoureusement à l'alcoolisme

que nous voyons en France. Il y a donc une différence dans l'alcoolisme au point de vue de la liqueur ingérée.

En Suède, on s'alcoolise avec l'eau de vie de pomme de terre, avec l'eau de vie de betterave. En France, on s'alcoolise surtout avec l'eau-de-vie de vin, surtout à Paris. A Paris, on abuse surtout du vin; et dans quelques colonies, en Algérie principalement

et à Paris aussi, on abuse de l'absinthe.

Il y a donc deux espèces d'al-coolisme, à Paris: l'alcoolisme produit par le vin et l'alcoo-lisme produit par les liqueu[rs]. Comme l'a dit Lasserre, et, d'après les nombreuses expé-riences qui ont été faites, en France, à Paris, la plupart des ouvriers s'alcoolisent avec le vin: on prend du vin le matin, on prend du vin

rouge au cabaret ; dans la classe populaire. En France, on abuse beaucoup moins des liqueurs et d'eau de vie que du vin. On a cru longtemps et on croit encore que les ouvriers de Paris s'alcoolisent avec de l'eau de vie. C'est une erreur. C'est surtout par ~~l'alcoolis~~ le vin que se produit l'alcoolisme à Paris dans la classe ouvrière. C'est dans les classes plus élevées, chez les littérateurs, les

artistes, les bohémiens, en quelque sorte, de Paris, c'est chez eux que le délire provenant de l'abus des liqueurs, de l'absinthe, prédomine, chez les militaires également.

C'est donc une erreur de croire que les malades reçus à Bicêtre ou à Salpêtrière sont atteints de l'alcoolisme produit par l'eau de vie ou l'absinthe.

Cet alcoolisme existe mais c'est exceptionnel; c'est sur

tout l'alcoolisme produit par l'abus du vin qui domine dans la classe ouvrière, à Paris. Donc, la plupart des alcooliques que nous voyons à Paris sont des alcooliques devenus tels par l'abus du vin plutôt que par l'abus de l'eau de vie ou des liqueurs.

On a étudié d'une manière spéciale l'alcoolisme produit par l'absinthe, on a cherché s'il présentait des caractères spéciaux

ces caractères existent. En effet, l'alcoolisme produit par l'absinthe est bien plus dangereux et plus rapide dans son action, et plus grave surtout au point de vue de la mortalité. Les personnes qui ~~aboutissent~~ abusent de l'absinthe tombent dans le délire furieux, poussant à des actes violents; ce délire sera accompagné de convulsions; le délire absinthé est le plus souvent

accompagné de convulsions épilep-
tiformes.

Quelques auteurs, cependant, ont prétendu assimiler toutes ces diverses formes alcooliques ; ils ont prétendu que ce qui agissait, dans toutes ces liqueurs ~~alcooliques~~ diverses, c'était l'alcool et que la spécialité de la liqueur ingérée n'avait aucune action particulière.

C'est une erreur car les alcooliques par l'absinthe sont très

différents de ceux qui sont alcooliques par le vin.

Je passe maintenant à la troisième condition importante à signaler, dans la production de l'alcoolisme : c'est le mode de production de la liqueur ingérée. Lasserre insiste sur ce point, dans l'ouvrage qu'il a publié : le mode d'administration est tout, ou presque tout. Il ne suffit pas de boire, pour avoir les accidents de l'alcoolisme

il faut boire d'une certaine façon ; il faut boire à petite dose, il faut boire d'une manière continue et répétée, mais sans faire de grands excès. Ceux qui font de grands excès, sous forme d'orgies, mais à de grands intervalles, ceux-là s'animent ; ils peuvent arriver à des accidents graves, momentanés, mais ils ne peuvent pas arriver à l'alcoolisme chronique

comme nous le voyons dans les asiles et dans les hopitaux. Pour cela, il faut boire d'une manière continue; il faut boire seul, le matin à jeun, il faut boire sans manger, en répétant constamment la même dose, en prenant la dose de plus en plus forte; il faut que la dose soit progressive, il faut boire tous les jours sans exception, en augmentant

la dose lentement, mais progressivement.

Lasserre a employé des formes très frappantes pour indiquer d'une manière saisissante les différentes variétés d'intoxication. Il prenait, par exemple, les différents grades de l'armée et disait qu'il y avait, à Paris, la manière de boire des ouvriers, la manière de boire des soldats, des sous-officiers, puis celle des officiers

des grades inférieurs, puis celle des officiers des grades supérieurs; il arrivait ainsi jusqu'aux colonels et aux généraux. Il indiquait, sous une forme pittoresque, la différence de mode d'administration de la liqueur ingérée, dans les différents grades de l'armée; il démontrait que les soldats ne boivent pas comme les sous-officiers, les officiers des grades inférieurs comme les officiers

des grades supérieurs, chacun a sa manière de boire correspond une forme différente d'alcoolisme; aux différentes manières de boire correspondent des formes variées d'alcoolisme. Les uns arrivent à un alcoolisme caractérisé par des lésions organiques; les autres arrivent au délire, soit au délire sous la forme aigüe, soit au délire sous la forme subaigüe.

Il a rattaché les différents genres d'alcoolisme aux différents

modes d'administration ; non seu-
ment à l'individualité du ma-
lade, non seulement à la liqueur
ingérée, mais surtout à la mani-
dont la liqueur est prise, - et
prise, non pas d'une manière
rémittente, mais d'une manière
continue, intermittente.
Je voulais vous signaler surtout
aujourd'hui les divers modes de
production de l'alcoolisme, cette
étiologie rapide vous donnera
une idée de la variété

des formes de l'alcoolisme, dans l'examen desquelles je vais entrer, et qui méritent d'être distinguées les unes des autres.

La première de ces formes est l'alcoolisme aigu ; c'est celui qui est le plus connu, depuis longtemps, sous le nom de délirium tremens.

Le delirium tremens a été étudié en Angleterre, en Amérique, avant de l'être en France.

En France, c'est en 1819, que M. Rheille a, le premier,

fait une monographie sur ce sujet, et, en France, on ne connaissait pas alors le travail de Sutton, qui a été publié et traduit, depuis lors. Le delirium tremens a beaucoup été étudié et a fait l'objet d'un grand nombre de monographies. Donc, cet état a été connu avant les travaux récents qui ont eu lieu sur l'alcoolisme chronique ou sur l'alcoolisme suraigu. Le delirium tremens a

été étudié par les médecins et par les chirurgiens, depuis Dupuytren, qui a été constaté que, à la suite de grandes opérations chirurgicales, survenait un délire qu'on a appelé le délire des amputés, et que Dupuytren a décrit d'une manière spéciale; mais plus souvent c'est un délire alcoolique.

Il est arrivé que des alcooliques, qui n'ont pas eu le délire jusque là, sont atteints de délire

dans une maladie, dans une fièvre, dans la fièvre typhoïde et ce délire qui paraît relié à la maladie est, en réalité, le délire alcoolique.

Il y a là un fait important à constater. Beaucoup de médecins s'y trompent et prennent quelquefois pour de lypémanie le délire alcoolique. On a remarqué que, lorsque ces malades arrivent à l'hôpital, le seul

fait de la cessation de l'abus ~~de~~ la cessation de l'abus des boissons, le seul fait de la cessation de l'abus des liqueurs et de la production de l'alcoolisme suffit pour faire éclater subitement ce délire.

Or, il a le même caractère qu'il a dans d'autres circonstances dont je vais parler tout à l'heure; donc, il y a là une sorte de délire, le delirium tremens, tel qu'il a été remarqué dans

les hopitaux ; mais c'est surtout dans les asiles d'aliénés qu'il se remarque dans son caractère propre.

Il n'est pas aussi rapide dans son invasion, qu'il en a l'air ; il y a, en général des prodromes qui permettent de le reconnaître, et ces prodromes ressemblent aux phénomènes que j'aurai à vous décrire tout à l'heure, en vous parlant du délire subaigu

Les malades sont tristes, taciturnes, ils ont des cauchemards, des rêves pendant la nuit; c'est surtout pendant la nuit que se produisent les phénomènes du delirium tremens. J'entrerai tout à l'heure dans quelques détails.

Quoiqu'il en soit, l'explosion du delirium tremens est ordinairement brusque: le malade est pris tout-à-coup, surtout pendant la nuit, de phénomènes très graves d'halluci-

nations, de délire; de phénomènes qui ressemblent à ceux que je vous décrirai tout à l'heure dans le délire subaigu. C'est le même fond de délire avec des manifestations différentes. Le fond du délire consiste dans la terreur, dans la crainte, dans des hallucinations, mais toutes dans le sens de la terreur et de la crainte. C'est le même fond, sur lequel j'insisterai tout à l'heure dans le délire

subaigu; mais, la forme extérieure diffère ; c'est l'état maniaque. Le malade est violent, brise, casse, ne cesse de parler; il a une loquacité incessante; il a un délire d'accès très violent, il est d'une grande violence; c'est un délire maniaque des plus intenses.

Il y a plusieurs symptômes caractéristiques de ce délire. Au physique, d'abord, il y a le tremblement; les malades

tremblent d'une façon très intense; en général le tremblement est beaucoup plus prononcé dans cet état que dans la paralysie générale, et, dans les cas extrêmes il arrive presque jusqu'à la chorée, qu'on appelle la chorée des ivrognes.

Il y a des degrés dans ces phénomènes, mais les caractères généraux sont toujours les mêmes : il y a des manifestations de tremblement, il

y a des phénomènes convulsifs, il y a surtout des sueurs abondantes, excessivement fatigantes pour le malade. Ce sont là les caractères essentiels du délirium tremens. Ordinairement il n'y a pas de fièvre; mais quand elle existe, elle est accompagnée d'une élévation très grande de température.

M. Magnan a signalé avec beaucoup de raison ces symptômes comme très essentiels

au point de vue du pronostic e
du diagnostic.
En même temps que les trem
blements, en même temps qu
les symptômes physiques qu
je viens d'indiquer, il y a de
symptômes psychiques très ca
ractéristiques : ce sont des ter.
reurs. Les malades sont ef.
frayés, ils ont des hallucina
tions terrifiantes et surtout
des hallucinations de la vue
ils voient des monstres, des

fantômes, des animaux. Et, ce caractère propre au delirium tremens et qui permet de le distinguer des autres délires, ce délire a le caractère particulier d'être violent et très intense et de s'attacher aux occupations habituelles du malade. Ainsi, les cuisinières parlent de leurs fourneaux; les cochers parlent de leurs chevaux; ce délire porte, en général, sur les préoccupations habituelles de de la vie. Mais ce qui le

caractérise spécialement c'est qu'il peut être suspendu momentanément par l'interrogatoire par l'attention fixée sur un point. On peut, en interrogeant le malade, suspendre momentanément son attention et obtenir une réponse de lui, ce qui n'a pas toujours lieu dans le délire chronique ou dans le délire ordinaire. Il y a donc là un phénomène particulier assez notable

et qui contraste avec l'intensité du délire. Aussitôt qu'on abandonne le malade à lui-même, il s'abandonne à l'état de rêve ; mais on peut momentanément fixer son attention en l'interrogeant et obtenir une réponse précise aux questions qui lui sont posées.

Ce fait s'observe également dans le délire épileptique ; j'y insiste dans mon ~~[illegible]~~ mémoire ; mais ce qu'il y a de plus singulier

C'est cette persistance de la conscience pendant l'accès avec une perte du souvenir après l'accès. Il y a là un fait très interessant à remarquer, car les philosophes admettent que le degré du souvenir est en rapport avec le degré d'admission. Dans ces deux maladies, le contraire a lieu; il y a, en quelque sorte, lutte entre la conscience pendant l'accès, et le souvenir avec

la cessation de l'accès.

Le délire alcoolique aigu est, ordinairement, d'assez courte durée : il dure ordinairement deux ou trois jours, quelquefois davantage, il peut aller quelquefois jusqu'à sept, huit, et même dix jours; mais, en somme, le délire est de courte durée dans la plupart des cas. Il est aussi intense vers la fin que vers le commencement; il n'y a pas de rémittence, sauf

les rémittences dont je viens de parler. La prostration arrive, et cette prostration est suivie de sommeil; presque toujours, ce délire se termine par un sommeil profond. C'est ce qui a donné l'idée aux médecins d'employer l'opium comme principal moyen curatif; pendant longtemps, on a employé l'opium dans le cas de delirium tremens: aujourd'hui on l'emploie moins, parce-

qu'on a constaté que ce délire aboutissait naturellement au sommeil sans l'emploi de l'opium ; le sommeil est la terminaison critique, naturelle du delirium tremens, avec ou sans opium. La nature suffit à elle seule à amener la solution. Aussi emploie-t-on le plus souvent des boissons émollientes, on néglige l'emploi de l'opium ; il ne faut pas employer de moyens violents ; le délire se termine par une sueur abondante.

et par un sommeil profond, quel-
quefois prolongé. Quand il se ré-
le malade est abattu, le délire
a cessé.
La cessation du délire est très
brusque ; après le réveil le ma-
lade revient rapidement à lui-
même ; après deux ou trois
jours, au plus, le malade
revient à son état normal.
C'est ce qui fait que sou-
vent on est embarrassé pour
la sortie de ces malades.

J'ai analysé très rapidement les caractères principaux du délire aigu, du delirium tremens. Beaucoup d'auteurs en ont parlé ; mais on peut le déterminer sous une forme qui présente, en définitive, tous les phénomènes que je viens d'indiquer.

Le délire subaigu a été peu étudié jusqu'ici. il a été connu sous le nom de lypémanie alcoolique.

Plusieurs auteurs ont signalé que les ivrognes présentent des idées mélancoliques, mais on n'a pas donné la description de ce délire. C'est surtout le professeur Lasserre qui a eu occasion d'observer, pendant des années, des cas très nombreux de ce délire, qui a fait à cet égard une description magistrale, composée de trois articles, qui mérite d'être lue et relue

parcequ'elle est extrêmement intéressante.

Cette étude du délire mélancolique est non seulement intéressante au point de vue de la vérité, mais aussi au point de vue du pronostic et du diagnostic différentiel.

Le délire mélancolique est très fréquent; nous en avons tous les jours des exemples dans nos asiles; mais on le confond très souvent, même aujourd'hui avec le délire de persécution

Il arrive tous les jours que des malades qui ne sont que des alcooliques, sont considérés comme étant des lypémaniaques.

Le délire de persécution est une maladie presque incurable. Le délire subaigu se produit sous une forme presque instantané, presque inaperçue. Il commence toujours pendant la nuit. C'est pendant la nuit qu'on com-

menée à éprouver les cauchemars, les rêves, les phénomènes physiques et moraux de ce délire. L'insomnie est complète ; mais, dans cette insomnie on a des rêves, des cauchemars, des visions de persécution. On commence par voir des lumières, des gerbes de feu, des phénomènes lumineux variés ; la vue du malade s'obscurcit ; il y a des phénomènes visuels qui

sont certainement l'un des premiers symptômes de l'alcoolisme subaigu.

Les phénomènes visuels sont d'abord des phénomènes sensibles de la rétine ; ils se transforment peu à peu, par un procédé singulier, en hallucinations visuelles ; mais c'est l'hallucination subjective qui commence.

Le malade commence à éprouver une altération de la vue, à voir des images lu-

mineuses, comme dans l'amaurose. Il voit des araignées, des insectes, des gerbes de feu; peu à peu ceci se transforme par le travail de l'imagination, en véritables hallucinations. C'est alors que le malade voit des fantômes, qu'il voit des animaux de formes diverses, et des animaux effrayants qui le font reculer d'épouvante. Ces visions ont le caractère spécial d'être mobiles au lieu d'être immobiles et muettes

comme dans le délire religieux ;
ces visions sont mobiles. Elles
flottent dans l'appartement à
une certaine distance du mala[de]
il les voit avancer et reculer ; e[lles]
s'avancent vers lui, il recule à
son tour. Il y a là une mobilit[é]
des visions qui est le caractère
propre du délire subaigu.
Ce qui domine chez ces malades,
c'est la terreur, l'insomnie ;
le cauchemard et le rêve de
la nuit deviennent bientôt

le cauchemard et le rêve de la journée ; ces idées persistent dans l'esprit du malade et passent de la nuit au jour : après avoir éprouvé ces terreurs dans la nuit, il les éprouve dans le jour. C'est là le caractère général de ce délire alcoolique spécial. Les malades sont misanthropes, mélancoliques, ils sont préoccupés, ils ont le sentiment de leur maladie, au physique comme au mo...

Ils vont trouver le médecin, ils ont conscience de leur état. En même temps leur esprit travaille sur des données tristes. Ils recherchent dans leur existence, les circonstances qui peuvent être la cause de cette tristesse, ils s'y attachent et en font peu à peu le centre de leur vie.

C'est ainsi que se produisent les idées tristes, dans ce délire spécial; c'est à dire

que souvent les malades partent donc d'un fait vrai dont ils ont été les témoins ou les acteurs, pour le transformer en délire. Ainsi, beaucoup de ces malades sont enclins à la jalousie : ils sont jaloux de leur femme, ils l'accusent, ils sont soupçonneux. D'autres croient être empoisonnés ; ils ont des troubles des organes digestifs et l'état troublé de leur estomac leur fournit l'idée de l'empoison-

nement dont ils se croient mena-
cés. D'autres ont la crainte
d'être condamnés ; ils ont le
délire mélancolique qui souvent
s'attache à un fait déterminé
qui a eu lieu dans leur exis-
tence. C'est ainsi qu'ils pré-
sentent presque tous un délire
caractéristique portant sur
un fait déterminé. Ces ma-
lades vous racontent une
histoire, tantôt obcène, tan-
tôt portant sur l'empoison-

nement, tantôt relative à la jalousie, histoire qui est telle-ment invraisemblable qu'on est étonné de les entendre racontées par des gens qui paraissent avoir leur raison. Mais, malheureusement, le malade est alors dominé par ses idées tristes, et il raconte les détails avec une apparence de vérité, de faits desquels il résulte qu'ils vont être accusés, conduits en prison, condam-

rés pour vol ou pour viol, pour
des actes infames, pour des actes
criminels dont ils s'accusent.
Souvent le médecin ou le juge
d'instruction reçoit la dépo-
sition de ces gens-là et
est dupe de leur narration
au premier moment ; il faut
une étude très attentive des
phénomènes physiques et
moraux pour diagnostiquer,
et les phénomènes physiques
servent beaucoup à étudier
cette sorte de délire.

Les phénomènes physiques sont relatifs aux troubles de la digestion ; il y a des troubles de la vue très caractéristiques. D'autre part, il y a des tremblements manifestes des extrémités, des embarras de la langue, comme dans la paralysie, des faiblesses des jambes, en un mot des phénomènes très caractéristiques. Le malade arrive à un état de véritable délire mélancolique ; et, ce qui domine dans ce délire, ce sont

les craintes, les terreurs, et surtout la tendance au suicide. La plupart des alcooliques, dans cet état de délire mélancolique ou bien se portent à des actes violents et, dans un accès de jalousie, par exemple, arrivent à tuer leur femme, ou bien arrivent au suicide.

Le suicide dans ce cas, est extrêmement fréquent. On peut dire que le huitième, peut

être des malades suicides, peut être attribué à l'alcoolisme, et la plupart de ces suicides ont lieu par submersion. Comme on dit quelquefois : on se noie dans le vin, et on finit par se noyer dans l'eau après s'être noyé dans le vin.

J'arrive maintenant au diagnostic différentiel, qui est le plus important. Lorsque ces malades arrivent à cet état, ils ressemblent aux personnes atteintes du délire de

persécution.
Ils croient qu'on se moque d'eux dans la rue; ils s'éloignent de leurs voisins, de leur femme; ils voient des ennemis partout; ils ont toutes les apparences des persécutés.
D'ordinaire, ils disent qu'on se moque d'eux, qu'on les insulte. Sous ce rapport, ils se rapprochent des persécutés; mais ils en diffèrent par des caractères psychiques très impor-

tants ; ce délire diffère du délire de persécution, non seulement par les caractères physiques, par les troubles de la diges-tion, mais il en diffère surtout par les phénomènes psychiques.

La première différence en-tre les phénomènes caractéris-tiques de ces deux délires consiste dans les hallucinations de la vue : tandis que ces hal-lucinations n'existent pres-que jamais chez les persécu-

tés, les hallucinations de la vue dominent chez les alcooliques. Comme l'a dit Lasserre, ce sont les fantômes et les visions qui dominent; ce sont des visions mobiles, flottantes, parlantes, au lieu d'être fixes et muettes. Ces visions parlent, c'est à dire qu'elles sont accompagnées de l'hallucination de l'ouïe. Cette hallucination de l'ouïe est une conséquence de la vue: c'est

après avoir vu des objets terrifiants que les malades entendent une voix qui leur annonce qu'on va les tuer, ou ils entendent des détonations de fusil, de pistolet. La plupart des alcooliques croient qu'on va les tuer, et ils entendent les coups de fusil ou de pistolet. C'est un fait caractéristique de l'alcoolisme subaigu.

D'autre part, fait très caractéristique, sur lequel Lasègue

a insisté avec beaucoup de rai-
son : tandis que les persécutés
subissent facilement les hallu-
cinations, restent immobiles sur
leur siège et se bornent à se
plaindre de leurs hallucinations
les alcooliques, au contraire, sont
dans un mouvement perpé-
tuel, ils s'agitent, ils ne
tiennent pas en place, ils se
sauvent, fuient l'objet de
leur terreur. Le persécuté reste
immobile : l'alcoolique se

vaine et fuit les hallucinations qui le menacent. Le persécuté peut rester avec quelque apparence de raison pendant quelques années ; l'alcoolisme est atteint de panaphobie ; il est dans un état de crainte et de terreur perpétuel. L'attitude de ces deux sortes de malades est différente ; sous un rapport, ces deux délires se ressemblent, sous d'autres rapports ils diffèrent

Ils diffèrent par leurs manifestations extérieures. L'alcoolique fuit ses hallucinations avec tant de terreur que s'il ne trouve pas de porte ouverte, il se précipite par la fenêtre. Il y a eu des suicides d'alcooliques qui ont eu lieu sous l'influence de la terreur.

Donc, il y a des différences considérables entre le délire alcoolique subaigu et le délire

de persécution ; ces différences sont très importantes au point de vue du pronostic, car les malades atteints du délire alcoolique subaigu guérissent, les persécutés ne guérissent presque jamais.

Cependant, autrefois, se basant sur les faits du delirium tremens, on admettait que le délire alcoolique devait guérir dans une quinzaine de jours ; nous voyons, au contraire, dans [illegible]

asiles, des alcooliques rester plusieurs mois sous l'empire de leur délire. Le délire diminue d'intensité mais les malades conservent leurs conceptions délirantes, et même leurs hallucinations. Quoiqu'il en soit, au bout de quelques mois, six au plus, le délire guérit, surtout quand il est dans un asile, privé des boissons qui avaient provoqué le délire. C'est ce

qui enduit en erreur beaucoup de médecins, qui ne connaissent pas bien cet état mental.

Je regrette d'avoir si peu de temps pour développer cette question ; mais, je n'ai qu'un petit nombre de leçons à faire, et je suis obligé d'aller vite.

J'ai voulu jeter avec vous un petit coup d'œil d'ensemble sur l'alcoolisme, sans insister sur chacun des effets qu'il produit. Je suis donc obligé

d'arriver maintenant à l'alco
lisme chronique, tel que Lia
mosus l'a décrit.

Cet alcoolisme existe quelque
fois à l'état chronique, d'au
tres fois, il se produit d'em
blée, mais avec une forme pro
dromique, mais elle est plus
physique que morale ; il y a
des symptômes d'anesthésie.
C'est par les troubles de la
sensibilité que débute l'al-
coolisme chronique ; le malad

éprouve des sensations de chaud et de froid aux extrémités des membres inférieurs ; c'est surtout par les membres inférieurs, par les doigts et les extrémités des pieds que commence l'alcoolisme chronique. Les malades se plaignent de douleurs dans l'extrémité des membres ; ces douleurs consistent en une déperdition de force musculaire assez énorme. Le malade ne

peut pas marcher, il se laisse tomber, butte contre les obstacles. De même, pour les mains, il ne peut plus se livrer à des occupations délicates; s'il est horloger, par exemple, il ne peut plus remplir les devoirs de sa profession; les doigts laissent tomber les objets, les mains n'ont plus la même force ni la même dextérité; les phénomènes s'arrêtent

aux coudes, pour les membres supérieurs et aux genoux pour les membres inférieurs; il y a des tremblements en même temps qui portent sur les membres inférieurs, et le mutisme de l'âme passe sur la langue, mais cela diffère beaucoup de l'absence de la parole qu'on remarque dans la paralysie générale. Ces phénomènes sont accompagnés de maux de tête, de vertiges,

de phénomènes céphaliques. Il y a un ensemble de faits, de phénomènes physiques, qui caractérisent la première période de l'alcoolisme chronique; mais, à cette époque, le trouble mental n'est pas encore arrivé; il y a un peu de ~~la~~ lacune dans la mémoire, mais ce fait est peu sensible, ce n'est que plus tard que les phénomènes extérieurs, aussi bien au point de vue

physique qu'au point de vue psychique apparaissent. Les malades éprouvent ~~souvent~~ des convulsions et deviennent souvent épileptiques ; ils ont de véritables attaques épileptiques. C'est un fait assez fréquent ; les épilepsies sont fréquentes, sont communes à la suite de l'alcoolisme ; tantôt l'épilepsie guérit et disparaît avec la cessation de l'alcoolisme, tantôt, au contraire, l'épilepsie

persiste pendant quelques années.

Il y a donc plusieurs formes d'alcoolisme : au point de vue du système nerveux, l'alcoolisme chronique présente des phénomènes très caractéristiques ; au point de vue mental nous avons les mêmes phénomènes que ceux qui se produisent dans le délire.

Le malade est d'abord hypocondriaque ; il éprouve une grande faiblesse ; souvent il

a recours à sa boisson favorite pour lutter contre cette débilité naissante ; pendant quelque temps, les forces reviennent mais elles ne tardent pas à dispa-raître de nouveau, et le remède est pire que le mal et ne fait qu'augmenter le mal.

Il arrive un moment où l'in-telligence baisse, s'obscurcit, et le malade prend l'aspect d'un paralytique général.

Souvent il y a confusion de la part des médecins entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale, et il est quelquefois très difficile de les distinguer l'un de l'autre. Mais dans la plupart des cas, en tenant compte des phénomènes que je viens d'indiquer, on arrive à diagnostiquer l'alcoolisme chronique et à le distinguer de la pa-

ralysie générale. Ceci a une grande importance au point de vue de la guérison, puisque les phénomènes de l'alcoolisme peuvent être suspendus pendant longtemps, tandis que la paralysie générale ne se guérit pas.

J'ai insisté beaucoup dans ma thèse, sur les caractères divers qui distinguent l'alcoolisme chronique de la paralysie générale

Le temps me presse et j'ai voulu vous donner aujourd'hui une idée d'ensemble sur les phénomènes physiques et moraux de l'alcoolisme, et sur ses manifestations variées. Je dois cependant encore dire quelques mots sur la terminaison de l'alcoolisme chronique par des délires très caractéristiques et, entre autres, par le délire des grandeurs.

MM. Mars et Voisin disent qu'il est difficile de distinguer l'alcoolisme chronique de la paralysie générale. on observe bien quelques petits faits, mais on ne peut pas se prononcer d'une manière absolue pour savoir si ce sont des faits qui appartiennent à la paralysie générale vraie, ou bien au contraire, si l'alcoolisme chronique conserve jusqu'à la fin sa forme distincte jus-

de la paralysie générale. C'est par une étude étiologique app[ro]fondie et des observations consid[é]rables qu'on arrivera à distin[gu]er pathologiquement ces fait[s] de l'alcoolisme chronique de ceux de la paralysie générale. Il est très probable que les lésions diffèrent, quoique les lésions de l'alcoolisme chronique soient souvent des lésions des méninges, soit de la substance

grise, soit de la substance blanche.

Je dois donc qu'on devra distinguer l'alcoolisme chronique de la paralysie générale jusqu'à sa dernière période. Cependant beaucoup de médecins admettent aujourd'hui que l'alcoolisme chronique peut aboutir, de sa nature, à la paralysie générale. Cette maladie est-elle de la même nature que la paralysie générale, ou est-ce une para-

lysie générale particulière ? Voilà le point d'interrogation à résoudre.

Le pronostic de l'alcoolisme n'est pas grave, si on l'arrête à son début ; mais le proverbe : qui a bu boira" est toujours vrai, et les alcooliques guéris recommencent à boire, malgré toutes les précautions et les mesures que l'on prend à leur égard, malgré les sociétés de tempérance, malgré tous

les serments d'ivrognes que les malades font, de sorte que l'alcoolisme est grave à cause de la difficulté que l'on a d'empêcher les malades de continuer à boire et à reproduire les phénomènes. Quant au pronostic de l'accès lui-même, il n'est grave que dans certains cas.

M. Cassiot, dans un mémoire, attire l'attention sur les accès très graves du delirium tremens

Les malades sont amenés dan[s] un asile d'aliénés ; ils sont dans un état d'excitation e[t] dans un état de sueurs profondes, dans un état de grande augmentation de tempé[-]rature, dans un état de sueur[s] abandonnantes, état tellement grave que le pronostic est quel[-]quefois très sérieux. Quelquefoi[s] ces malades meurent très rapidement, en quelques jours,

en quelques heures, quelquefois subitement; quelquefois à la préfecture de police, quelquefois dans les voitures qui les transportent à la préfecture ou dans un asile; on les voit mourir quelquefois quelques heures après leur entrée à l'asile. M. Magnan a fait remarquer avec raison qu'il y a, dans cet état, de l'hémi-anesthésie, et, en même temps, augmentation de la

température, qui est pour lui un signe caractéristique sur lequel il a attiré l'attention. Deux questions me restent à examiner : la première c'est l'influence de l'alcoolisme sur les générations. Je vous ai déjà parlé de cette question, dans la précédente séance, au sujet de l'alcoolisme héréditaire. Vous savez que, d'après les études qui ont été faites

par M. Morel, on admet que l'alcoolisme des parents est une cause de dégénérescence pour les descendants. Toutes les fois qu'on fait des recherches dans les ascendants, pour des personnes idiotes, imbéciles ou ayant des infirmités, on retrouve le plus souvent l'alcoolisme chez les ascendants. On a attiré l'attention sur l'influence dans la production des maladies nerveuses; on a con-

ssté que les malades imbéciles, idiots, difformes avaient été conçus par un père en état d'ivresse. Ce fait a été parfaitement démontré, de sorte que l'ivresse elle-même donne lieu à des accidents de ce genre. Mais, ceci est surtout vrai pour les diverses formes d'alcoolisme que je viens d'indiquer. L'alcoolisme aigu et chronique est cause de production de mala-

dies nerveuses et d'alcoolisme chez des enfants des malades qui ont été atteints de ces diverses formes d'alcoolisme. M. Morel a étudié cette question, et, dans son livre « Des causes des dégénérescences » il insiste sur cette question ; mais ce n'est pas seulement cette forme bien déterminée de maladie nerveuse produite par l'alcoolisme, ce sont les

formes mal déterminées, sur les-
quelles j'ai déjà insisté.
Les enfants d'alcooliques ont
presque tous de mauvais carac-
tères, violents, querelleurs, ayant
des difformités physiques et mo-
rales, ayant des anomalies
étranges, ayant des becs de liè-
le pied-bot, le strabisme, des
ties de la face. De même ces
enfants, au point de vue intel-

lectuel, sont souvent de petits prodiges, ayant des facultés prodigieuses et, en même temps de grandes lacunes. Ils sont, au moral, de petits monstres, très enclins au vol et à toutes sortes de crimes. En un mot, les descendants d'alcooliques sont souvent aliénés, passent leur vie dans les asiles ou dans les prisons et commettent quelquefois des crimes énormes. L'alcoolisme

est une cause de dégénérescence et il l'est à un double point de vue. D'abord, les alcooliques ont souvent beaucoup d'enfants, ils ont des enfants qui meurent très jeunes de convulsions, de méningites, de fièvres cérébrales. On cite souvent des exemples d'alcooliques qui avaient douze, quinze enfants, et qui n'en conservent qu'un ou deux qui sont idiots

Il y a des exemples remarquables de l'influence de l'alcoolisme sur les enfants. Tous ces faits méritent d'être signalés et se rattachent aux questions d'hérédité morbide sur lesquelles j'ai insisté précédemment.

Il me reste à dire quelques mots de la médecine légale au point de vue de l'alcoolisme.

Vous voyez que l'alcoolisme mérite d'attirer l'attention

des législateurs. Dès la plus haute antiquité, à plusieurs époques, on a édicté des lois contre les alcooliques, mais elles sont conçues à deux point de vue opposés : les unes font de l'alcoolisme une cause d'aggravation de la peine ; les autres le considèrent comme une circonstance atténuante.

Les lois du premier caractère, c'est à dire celles qui font de l'alcoolisme

une circonstance aggravante repose
sur ce fait qu'on n'est alcoolique
que parce qu'on veut bien l'être,
que ceux qui boivent pourraient
s'abstenir de boire et que, par
conséquent, ils sont responsables
de l'alcoolisme dont ils sont
atteints et des actes qui en
sont la conséquence; qu'au
lieu d'avoir de l'indulgence
pour les ivrognes, il faut être
très sévère à leur égard et

les condamner, non seulement pour l'acte accompli, mais aussi pour l'ivresse. Ces lois sont donc sévères et augmentent la culpabilité de l'ivrogne. Dans d'autres ca[s] au contraire, on a admis qu[e] l'ivresse était une circonstan[ce] atténuante et même devait enlever complètement la respon[s]abilité lorsqu'il y a un état de délire. Beaucoup

de législateurs admettent que les alcooliques sont assimilables aux aliénés et doivent être irresponsables. Les médecins admettent qu'on doit exonérer un malade atteint de délire, et qui a commis l'acte pendant un accès de délire évident; mais où commencent les difficultés c'est quand le délire ne s'est pas encore manifesté et quand il y a des troubles peu prononcés des facul-

lés intellectuelles : dans ces cas mixtes, douteux, les médecins qui admettent la responsabilité partielle appliquent leur doctrine et voient des cas où l'on doit appliquer la théorie de la responsabilité atténuée et variée, graduée, suivant les circonstances. On condamne plus ou moins ces malades, selon qu'on trouve qu'ils ont conservé plus ou moins leur

conscience et leur liberté d'ac-
tion ; on gradue la peine selon
le degré d'altération des fa-
cultés intellectuelles.

Vous savez que je suis opposé
à cette doctrine. J'ai dit,
dans ma première séance, que
je suis partisan de l'irrespon-
sabilité des alcooliques et des
aliénés mais j'y applique
la restriction que je vous ai
signalée, et qui n'a pas été

bien comprise par tout le monde

J'admets que l'alcoolique est responsable pendant certains moments et irresponsable pendant d'autres moments. Comme le delirium tremens, quand l'accès est passé, vous êtes rentré en possession de votre santé, vous êtes responsable. Il en est de même des alcooliques subaigus, lorsqu'ils sortent de l'asile et qu'ils

sont revenus à la santé, ils rede-
viennent responsables. Mais vous
médecin, vous devez étudier l'in-
dividu dans son ensemble, dans
l'ensemble des phénomènes
physiques et moraux qu'il
présente et dans toute son
existence. Si vous trouvez
que cet individu, quoiqu'ayant
certains symptômes résultant de
la maladie qui l'avait frappé
si vous trouvez qu'il a
toutes les apparences de la

raison qu'il présente des caractères suffisants de liberté, je le rendrai responsable de ses actes. Si, au contraire, vous trouvez des phénomènes morbides prononcées, plus ou moins évidents, vous devez lui donner l'irresponsabilité. C'est tout ou rien. S'il conserve son intelligence, rendez-le responsable de l'acte auquel il s'est livré; si, au contraire, il a

un ensemble de phénomènes morbides, dans les caractères qu'il présente, alors même qu'ils seraient atténués, vous devez lui donner le bénéfice de l'irresponsabilité et appliquer les principes que je vous ai indiqués d'une façon générale.

La dernière question est celle de la séquestration. Pour les ivrognes, on a bien pris certaines mesures administratives. En Amérique, il y a des établissements spéciaux où ils sont

seulement renfermés pour ivresse. Au point de vue de la loi, c'est une mesure difficile à appliquer ; en France, on n'ad-mettrait pas qu'on put en-fermer les ivrognes par le seul fait d'ivresse, mais, en Amé-rique, on a établi un principe, c'est que les ivrognes s'enfer-ment eux-mêmes, reconnais-sant les actions auxquelles ils pourraient se livrer, il fait un écrit par lequel ils se

séquestrent pendant un an et, une fois cet écrit obtenu, on les tient enfermés malgré eux. Au bout d'un certain temps, ils voudraient bien sortir, mais on les tient par cet engagement qu'ils ont signé ! En vertu de ce procédé, on arrive à interner en Amérique un grand nombre d'ivrognes, ainsi que M. Foville l'a décrit, mais en France, ce principe n'a pas été admis jusqu'à présent, et on ne peut

pas enfermer les alcooliques n'a-yant pas les caractères de l'alcoolisme aigu : il faut qu'on puisse les considérer comme aliénés alcooliques.

Ce n'est donc pas au point de vue de l'internement que la difficulté est grande pour la sortie de l'asile ; c'est une difficulté de la loi nouvelle qu'on veut établir en remplacement de la loi de 1838. Comme chefs de service, nous sommes

dans une situation difficile.
Si nous prenons la loi à la lettre, nous devrions mettre l'alcoolique en liberté aussitôt après sa guérison. Or, c'est quelquefois au bout de trois jours, quelquefois au bout de deux ou trois mois que l'alcoolique a repris possession de lui-même.
C'est là la loi que certains magistrats voudraient voir appliquer. Mais, si nous su-

rions ce principe pour un premier accès de delirium tremens, [pour] un premier accès de délire suraigu, on serait exposé à laisser sortir des malades qui ne seraient pas guéris. Il y a des malades qui tombent souvent dans des accès : pour ceux-là, il faut de la prudence, et il faut les main[tenir] tenir assez longtemps dans les asiles, alors même qu'ils sont guéris de l'accès, car

ces malades se livrent aux mêmes actes, l'alcoolique qui a failli tuer sa femme et ses enfants, dans un accès, est très exposé à les tuer dans un autre accès. Nous avons vu des ~~actes~~ semblables commis par des malades, qui le font après l'avoir voulu faire dans un premier accès. Je me rappelle un fait qui m'a été rapporté par un de mes collègues. Après avoir conservé

un alcoolique pendant cinq mois
il s'est décidé à le remettre
en liberté et, trois jours après,
ce malade avait tué sa femme.
Ces cas-là arrivent quelquefois
et rendent les chefs de service
prudents.

Maintenant, doit-on faire la
séquestration complète ? Cela
n'a aucune raison d'être.
Les uns demandent un an,
deux ans ; d'autres six mois

C'est ainsi que nous procédons en général lorsqu'un malade a été dangereux, après un premier accès, nous le retenons plus longtemps que lorsqu'il a été facile. C'est là une question un peu arbitraire, un peu élastique et qui deviendra de plus en plus difficile, si, d'après la nouvelle loi, l'arrêt de sortie est prononcé par une commission de magis-trats, de médecins, de légis-

lateurs qui viendront démontrer qu'on doit laisser sortir le malade. Cette question va devenir une difficulté de la loi.

Je regrette d'avoir été si bref, de n'avoir pas pu m'étendre sur certains points intéressants de cette question, mais j'attire votre attention sur deux points importants : le diagnostic différentiel entre le délire alcoolique et le délire de persé-

cution et la différence entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale. Cela dénote un grand progrès dans notre science actuelle ; il y a quarante ans, ce diagnostic n'était pas possible, et notre science a réalisé un immense progrès en déterminant le diagnostic de ces maladies sous ses formes diverses et en l'appliquant aux symptômes de l'ordre physique et d-

l'ordre moral.

(Applaudissements.)

Messieurs, j'espère vous parler dans la prochaine séance, de la folie circulaire, et, dans la séance suivante, de la folie épileptique et de l'hystérie. Mon but est de vous faire parcourir successivement, dans ces leçons, les diverses formes de maladies mentales.

Dimanche, 5 décembre 1886.

Messieurs,

J'ai l'intention, aujourd'hui, de continuer la série des formes nouvelles des maladies mentales, en vous parlant de la folie intermittente, et surtout

de la folie circulaire, ou à double forme.

Il y a un grand nombre de folies qui sont sujettes à une périodicité plus ou moins régulières. Dans les maladies mentales, la périodicité n'a pas la régularité qu'elle a généralement dans les autres maladies, comme les fièvres intermittentes, par exemple; cependant il y a un grand nombre de maladies mentales qui

se présentent sous forme d'ac-
cès : Le fait de la périodicité
est un fait général de toutes
les maladies nerveuses. L'épi-
lepsie, l'hystérie, sont des
maladies où la périodicité des
accès est plus ou moins régu-
lière ou irrégulière, comme dans
les maladies nerveuses qui
se produisent sous forme d'ac-
cès : dans d'autres formes de
maladies nerveuses, au lieu

la périodicité, il y a de nombreuses rémissions.
L'intermittence ou la rémittence constituent la loi générale de toutes les maladies nerveuses.

Mon projet n'est pas de vous parler, pour le moment, de la rémittence, c'est à dire de la simple diminution de degré dans l'intensité des phénomènes qui se produisent dans les ma-

ladies mentales peuvent être,
sans exception, considérées comme
rémittentes. Mon père a in-
sisté avec beaucoup de raison
sur ce point, que la plupart
des maladies mentales présen-
tent de véritables rémissions,
et que ces rémissions ont une
importance considérable au point
de vue de la clinique et
au point de vue de la méde-
cine légale.

Les magistrats s'imaginent en effet, que, quand on a observé attentivement un aliéné pendant un certain nombre de jours, on doit le trouver toujours absolument semblable à lui-même pendant les autres moments de son existence.

Ce fait est contraire à l'observation et est antimedical. L'observation médicale demontre

que les aliénés présentent tous des périodes de variation dans l'intensité des phénomènes physiques et moraux qui caractérisent leur état. Les aliénés persécutés, par exemple, ont de nombreuses rémittences dans leur maladie : ils ont des périodes pendant lesquelles ils parviennent à cacher leur maladie, même à l'observateur le plus attentif.

La rémittence est donc la loi générale de toutes les maladies mentales ; mais ce n'est pas à ce sujet que j'ai l'intention de traiter aujourd'hui. Je veux vous parler surtout de l'intermittence, c'est à dire, des maladies mentales se produisant sous forme d'accès.

Les auteurs, depuis la plus haute antiquité, ont décrit

la manie sous forme de maladie intermittente : la forme maniaque se produit sous forme d'accès. Mais, c'est une erreur de croire que la mélancolie ne puisse être intermittente, comme la manie, et il y a un grand nombre de mélancolies qui se présentent sous la forme intermittente, sous forme d'accès ; l'hypocondrie est une forme de mélancolie intermittente.

Toutes ces maladies se

présentent souvent sous forme d'a
cès, et la mélancolie est presqu
aussi souvent intermittente que
la manie. La périodicité peut
être variable comme durée; il
y a quelques exemples de déli
qui se reproduisent tous les deu
jours, et au bout de deux
jours, la crise se passe. Il y
a quelques unes de ces mala-
dies mentales intermittentes
ou le mot « intermittente » peut

plutôt dire fièvre intermittente que folie intermittente. Il y a des maladies mentales qui se produisent sous forme d'accès de très courte durée, et, dans ces cas là, on applique, pour le traitement de la maladie, le sulfate de quinine. Mais, en général, la périodicité des accès, dans la folie, est à plus longue échéance. Les accès de folie, quelle que soit la forme de la folie, durent au

moins cinq ou six mois, quelque-
fois davantage ; quant aux
accès de mélancolie, ils ont une
durée plus longue ; on voit sou-
vent des mélancoliques avoir
des accès durant deux ou trois
ans, et qui guérissent après.

Il n'y a pas de règle
générale quant à la durée de
la périodicité dans la folie,
mais il y a quelques caractères
généraux qui permettent de

reconnaître les folies intermittentes et de les distinguer des autres maladies mentales, et ce sont ces caractères qu'il est important de connaître, que je veux vous indiquer aujourd'hui.

Le premier de ces caractères est relatif à l'invasion. Les accès de folie intermittente ont, presque tous, une invasion rapide, brusque, et qui procède toujours de la même manière, par les mêmes symptômes phy-

siques et moraux, de telle sorte que, quand on a observé un premier accès de folie intermittente, dans un individu, on retrouve, dans les accès suivants les mêmes caractères et les mêmes symptômes que dans le premier accès. Les malades eux-mêmes qui ont observé leur maladie reconnaissent les symptômes qui indiquent l'approche de l'accès, et ils annoncent que l'accès

va reprendre. Il y a certains symptômes qui se produisent toujours, qui sont toujours les mêmes et qui annoncent l'approche de l'accès. Il y a même certains malades qui connaissent si bien le retour de leurs accès qu'ils vont d'eux-mêmes se présenter aux asiles d'aliénés pour se protéger contre leur violence; ils ne craignent pas de se faire enfermer dans les asiles et de-

mandent d'eux-mêmes la camisole, au moment où l'accès approche.

L'invasion de tous ces accès de folie périodique, est très rapide, ordinairement, c'est en quelques jours, quelquefois en quelques heures que l'accès survient. C'est là le premier caractère de toutes ces maladies intermittentes, aussi bien pour la manie que pour la mélancolie.

Le second caractère de ces maladies est l'uniformité de l'accès, pendant sa durée ; quand un accès s'est produit, il conserve le même caractère pendant toute sa durée avec une très faible différence de degré et d'intensité. Il y a uniformité dans la marche de la folie intermittente, aussi bien sous la forme maniaque que sous la forme mélancolique.

Un autre caractère important, c'est l'uniformité de tous les

les accès. Aussitôt qu'on a observé tous les symptômes physiques et moraux qui caractérisent un accès, on les retrouve toujours les mêmes, à tous les accès suivants. C'est là un caractère général qui existe dans toutes les formes de folie intermittente: l'uniformité de tous les accès; quand les accès se reproduisent, ils présentent toujours les mêmes phénomènes, les mêmes symptômes

physiques et moraux, et c'est à cette uniformité des accès qu'on peut reconnaître l'existence de la folie intermittente : l'uniformité de tous les accès ; quand les accès se reproduisent, ils présentent toujours les mêmes phénomènes, les mêmes symptômes physiques et moraux, et c'est à cette uniformité des accès qu'on peut reconnaître l'existence de la folie intermittente.

Un autre caractère de

cette maladie réside dans la terminaison de l'accès ; autant l'invasion a été rapide, autant la terminaison est ~~ra~~ brusque et presque instantanée. Chez certains malades la terminaison de l'accès a lieu du jour au lendemain ; il cesse tout-à-coup, brusquement ; c'est comme un voile qui tombe. Le malade reconnaît qu'il a été malade et qu'il

est guéri ; il sort, en quelque sorte, d'un rêve. Dans d'autres circonstances, la guérison est moins rapide ; mais elle est toujours plus rapide des autres maladies mentales. Tandis que, dans la mélancolie ordinaire, il y a une diminution lente et progressive des symptômes avant d'arriver à la guérison — dans la folie intermittente, au contraire, la guérison est rapide et arrive

souvent du jour au lendemain.

Voilà donc un ensemble de caractères importants au point de vue de la clinique et du pronostic des folies intermittentes. Toutes les fois que vous voyez des accès de manie ou de mélancolie présenter ces caractères, vous pouvez en conclure que vous avez affaire à la folie intermittente et qu'il se produise un certain intervalle

entre les accès, un intervalle de dix ans. Il peut s'écouler plus de dix ans quelquefois entre les accès ; d'autres fois, les accès sont plus rapprochés, ils se reproduisent quelquefois tous les mois. Lorsque la folie périodique est à courte échéance, on maintient les malades dans les asiles d'aliénés sans les laisser sortir. Lorsqu' au contraire, la maladie est à longue échéance, lorsqu'il

au contraire, la maladie est à longue échéance, lorsqu'il doit y avoir un long intervalle entre les accès, on laisse sortir les malades; ils retournent à leurs affaires, ils rentrent dans leur famille, dans la société; toutes les fois que vous pourrez les laisser sortir des asiles, il faut les laisser profiter le plus possible de l'intervalle de guérison qui sépare les accès.

Donc, la conduite du médecin doit être différente, suivant que la périodicité de la maladie est à courte ou à longue échéance.

Il y a un fait sur lequel je veux insister au sujet de cet état d'intermittences et qui est très caractéristique. Quand les malades sont revenus à eux-mêmes, ils savent qu'ils ont été malades, ils apprécient leur maladie, ils

la considèrent comme une maladie naturelle, comme une fièvre typhoïde ou autre ; ils n'en sont pas honteux comme d'autres malades le sont de certaines maladies. C'est un fait remarquable, que les aliénés intermittents, guéris, reviennent volontiers dans les asiles où ils ont été guéris, ils conservent le souvenir des personnes qui les ont soignés et ne craignent

pas de revenir voir ces personnes. On n'a pas la honte des accès de folie périodique, tandis qu'on a souvent la honte des maladies mentales ordinaires.

J'ai voulu vous indiquer sous une forme rapide les caractères distinctifs de la folie intermittente, avant d'aborder le sujet de cette leçon, qui est une forme de maladie, une forme de folie périodique spéciale. Je veux par-

ler de la folie circulaire ou maladie à double forme.

Cette maladie est connue depuis une trentaine d'années. Autrefois les auteurs, soit anciens, soit modernes, avaient noté que, quelquefois, la manie succédait à la mélancolie ou la mélancolie à la manie — ce qui est très exact — mais on n'avait pas parlé de la forme distincte de cette maladie mentale. Dans Pinel,

Esquirol, et dans quelques autres auteurs anglais, allemands, on signale quelques passages où cette maladie est indiquée ; mais ce n'est qu'en 1851, que mon père a attiré l'attention sur cette forme spéciale de maladie mentale ; et, en 1854, M. Baillarger a fait sur cette maladie, à laquelle il a donné une communication à laquelle l'académie de médecine, à la même époque, quinze jours

après cette communication à l'aca-
démie, M. Baillarger, a fait
un mémoire sur cette maladie,
à laquelle il a donné le nom
de folie circulaire ; c'est depuis
cette époque que cette maladie
est étudiée dans tous les
asiles d'aliénés ; et enfin, en
dernier lieu, il a paru un
volume sur cette maladie,
il a paru un volume sur
cette maladie spéciale, qui

a été publié par M. Ritti, et qui a obtenu un prix à l'académie.

Cette maladie mentale est caractérisée essentiellement par le retour régulier de la période maniaque et de la période mélancolique, séparées ou non par un intervalle lucide plus ou moins long. Telle est la définition qu'on a donnée de la folie circulaire.

Cette maladie, qui paraît rar

à première vue, quand on considère les aliénés renfermés dans les asiles, est plus fréquente qu'on le croit généralement, car il y en a de nombreux exemples dans la société, ainsi que je vous le dirai tout à l'heure.

Pour bien la décrire, il faut établir, il faut admettre trois périodes : la période d'état mélancolique, de dépression,

la période d'excitation ; la période de l'intervalle lucide.

L'intervalle lucide n'existe pas dans tous les cas, mais il a été constaté dans d'autres cas.

L'état de dépression est caractérisé surtout par l'état général de mélancolie, sans idée prédominante ; dans le plus grand nombre de cas, la folie circulaire ou à double forme se produit sous forme d'état de dépression physique et morale

Les malades sont complètement métamorphosés. Autrefois actifs, remuants, s'occupant de leur profession, remplissant leurs devoirs, dirigeant leurs affaires, ils deviennent mélancoliques, affaissés, inactifs, inertes, cessent de se mouvoir, restent assis, et souvent, restent au lit quand ils en ont la liberté; ils sont dans un état d'affaissement général, qui est le fond essentiel de cette mala-

die mentale.

Cet état de dépression présente des degrés ~~états~~ différents; tantôt le malade conserve encore une disposition à répondre aux questions qui lui sont posées, à entrer en relation avec le monde extérieur; dans d'autres cas, au contraire, cet état de dépression est très prononcé; non seulement le malade est affaissé et inerte mais il arrive même jusqu'au mutisme le plus

complet.

C'est un état mélancolique général qui a un caractère général de mélancolie, sans idée prédominante, dans la plupart des cas.

En même temps que ces symptômes moraux se manifestent, on observe des symptômes physiques variés, les digestions se font mal, la circulation est très lente; le pouls se ralentit considérablement et ar-

rive même à n'avoir que 25
pulsations par minute ; une
fois, le pouls était descendu à
25 pulsations par minute. La
respiration est faible ; il y a
un très petit nombre de respira-
tions par minute ; de temps
en temps quelques soupirs, par
lesquels le malade supplée à
l'insuffisance de la respiration.
Les sécrétions sont presque
nulles, les sueurs sont rares,
le malade maigrit ; les traits

du malade s'altèrent et le vieil-
lissent ; il paraît avoir 10
ans de plus que l'âge qu'il
a réellement. Dans les cas
extrêmes, il y a une gêne de
circulation et de respiration
très grande ; les extrémités
sont froides ; dans certains
cas, le refroidissement des ex-
trémités arrive à un degré
excessif ; il y a des désordres
qui se produisent dans l'org

nisme, les digestions se font mal, le malade ne se nourrit plus, la nutrition se fait mal et est insuffisante. Il y a donc des symptômes de l'ordre physique, en même temps qu'il y a des symptômes de l'ordre moral.

Dans certains cas, le malade parle encore, et alors il se désole, il se croit perdu, il a des idées noires, il se considère comme profondément

atteint, comme très malade. Il avoue lui-même qu'il n'a plus d'intelligence, que ses idées s'obscurcissent; il n'a plus de volonté; il est inerte, il n'a aucune énergie, aucune impulsion, aucune disposition à réagir, il se sent disposé à passer des heures entières dans l'immobilité la plus complète. Le malade a souvent conscience de son état

et se croit perdu.

Dans d'autres cas, au contraire, le malade ne parle pas, il est dans un mutisme dont rien ne peut le faire sortir, mais, chose remarquable! dans cet état, il observe tout ce qui se passe, tout ce qui se dit autour de lui, et, plus tard, quand il est guéri, il rappelle ce qu'il a vu, ce qu'il a entendu, pendant la pé-

riode de dépression. C'est là l'état général habituel de la folie circulaire ou à double forme.

Cependant, il y a un certain nombre de cas plus caractéri dans lesquels l'accès de folie s'accompagne de conceptions délirantes. Dans ces cas, les malades ont des idées de ruine, de culpabilité, de damnation, de condamnation

C'est là une variété de la folie circulaire ou folie à double forme qui est plus rare que l'autre, mais qui n'est pas à négliger dans la description générale de cette maladie.

Cet état de mélancolie dure plus ou moins longtemps et est remplacé par un état d'excitation qui présente des caractères diamétralement opposés à ceux que je viens

d'indiquer : c'est une surexci-
tation générale de toutes les
malades facultés morales
intellectuelles et physiques.
Le malade a besoin de parler,
d'agir ; il est agité, remu-
ant, il ne cesse de se mou-
voir. Les idées sont abondantes,
elles pullulent, en quelque
sorte, dans son esprit, d'une
manière permanente, et le
malade acquiert une intel-

ligente qu'il n'avait pas auparavant. On s'étonne de voir ces malades avoir tant d'idées ingénieuses, avoir souvent tant d'esprit, et avoir une mémoire tellement extraordinaire, qu'ils se rappellent tous les faits de leur existence, tous les souvenirs de leur vie. Ils récitent de longs passages d'auteurs, des tirades de vers, composent même des poésies. Ils ont une activité intellectuelle énorme, qui étonne non seulement les assistants

les observateurs mais qui étonne
le malade lui-même. Le mala
déclare qu'il ne s'est jamais
si bien porté, il s'étonne d'a
voir tant d'esprit, tant de
mémoire; ces malades sont mêm
très remarquables par leurs
conceptions et leurs composition
littéraires. Cependant, il y a
toujours un grand désordre
même dans leur intelligence.

La même suractivité exis
dans les phénomènes de l'ordre

moral et physique. Les malades ont besoin de mouvement; ils ont besoin de se livrer à des actes violents. Le besoin de mouvement est excessif, c'est même un caractère psychique de la maladie, qui la fait ressembler à une certaine forme de folie raisonnante. Le malade s'habille mal, d'une façon bizarre; il est à moitié vêtu, il porte un costume particulier qui donne aux

asiles d'aliénés un aspect dif-
férent de celui qu'ils avaient
autrefois. Autrefois les aliénés
n'étaient pas libres, dans les
asiles comme ils le sont aujour-
d'hui, et aujourd'hui on ren-
contre plus de malades qui
présentent cet accoutrement
bizarre.

Il suffit souvent d'entrer
dans les cours des asiles
d'aliénés et de voir de loin

des malades présenter des costumes bizarres, à moitié vêtus, habillés d'une façon négligée, avec une couronne de fleurs sur la tête, avec un accoutrement bizarre : pour affirmer que ces malades appartiennent à la période d'excitation, et, dans la plupart des cas, on ne se trompe pas dans ce diagnostic à distance. Les malades ont l'habitude de collectionner les

petits bouts de papier, les vieux mor-
ceaux de chiffons et toute espèce
d'objets sales qu'ils ramassent
dans les cours, ils les mettent da[ns]
leurs poches, et il suffit souvent
de les fouiller pour connaître leu[r]
état quand ils sont arrivés
à la période d'excitation; ils
ont les poches pleines d'objet[s]
sales, malpropres, qu'ils ont
ramassés dans les cours.

Les malades sont souvent

malveillants, ils ont des disposi-tions aux querelles, aux taquineries et même à la malveillance ; ce sont les plus malveillants et les plus malfaisants des aliénés, quoique présentant des degrés d'intelligence plus développée.

Ils sont méchants, mauvais, querelleurs, inventant des paroles mensongères, comme les hystériques, ce sont les plus malfaisants des aliénés, et cts.

Régis a pu dire, avec beaucoup de raison que le moyen de diagnostic de cette maladie, consistait principalement dans ce caractère de malveillance, opposée à la bienveillance des paralytiques qui, dans certaines périodes, ressemblent à ces malades. Les paralytiques sont, en général, bienveillants; les circulaires, au contraire, sont mauvais, méchants, malfaisants.

Il y a donc un ensemble de caractères qui permettent de connaître la période d'excitation et la période de dépression. Dans la plupart des cas, la maladie reste à ce degré et présente de grandes différences, suivant les cas ; mais dans la période d'excitation, le malade arrive à la manie complète. Les malades ont des hallucinations et des troubles mental.

plus intenses ; ils ont des conceptions délirantes ; ils sont atteints d'une véritable folie maniaque, au lieu d'être dans la véritable période d'excitation. C'est un degré plus considérable de la folie circulaire ou à double forme qui mérite d'être signalé, quoique le cas spécial soit exceptionnel. Cet état d'excitation dure plus ou moins longtemps.

suivant la forme de maladie circulaire à laquelle on a affaire.

Quelle que soit sa durée, l'état d'excitation de la folie circulaire, ou à double forme, se termine tantôt brusquement, presque instantanément; tantôt la terminaison est plus lente; il diminue progressivement pour aboutir à l'intervalle lucide, ou bien le malade passe brusquement de l'état maniaque à la mélancolie.

L'intervalle lucide n'existe pas dans tous les cas de folie circulaire. Mon père l'avait considéré comme une partie essentielle de la maladie ; mais M. Baillarger s'est livré à une étude minutieuse de cette maladie, il a fait de nombreuses observations et a indiqué des faits dans lesquels l'intervalle lucide n'existait pas.

Il faut donc admettre qu'il

n'y a pas toujours d'intervalle lucide entre l'état d'excitation et l'état de dépression, mais l'intervalle lucide est très fréquent.

Il peut durer plus ou moins longtemps. Dans certains cas il peut durer quelques jours; dans d'autres cas, il y a une durée de plusieurs mois, et même de plusieurs années.

C'est là un point important, et qui est très discuté parmi les aliénistes : l'intervalle

tervalle lucide est-il vraiment la guérison de la maladie circulaire, ou est-il seulement un degré différent de l'état mélancolique atténué ?

Il y a, en effet, trois modes de transition entre les deux états de manie et de mélancolie qui constituent la folie circulaire; Cette transition s'opère de trois manières différentes. Tantôt elle est lente, progressive, et s'opère comme la transition

de la nuit au jour ; on voit
peu à peu les phénomènes de -
la manie diminuer d'intensité ; -
on voit le malade rentrer peu
à peu dans la vie ordinaire -
et arriver à un état d'équi-
libre presque complet entre l'é-
tat d'excitation et l'état
mélancolique. Alors, l'intervalle
lucide peut être considéré comme
n'étant pas complet ; on peut
considérer cet état d'équilibre

comme n'existant pas toujours lorsqu'il est de courte durée. Lorsque cet état n'a pas de longue durée, on peut contester l'équilibre ~~moral~~ complet.

Mais, lorsque la maladie prend la forme périodique, et que l'intervalle entre les accès maniaque et l'état mélancolique s'est prolongé, on est obligé d'admettre qu'il y a un temps de guérison

pendant lequel le malade peut conserver sa liberté et sa responsabilité physique et morale.

Dans d'autres circonstances le passage d'une forme à l'autre a lieu par oscillation : c'est à dire que le malade passe de l'état maniaque à l'état mélancolique et de l'état mélancolique à l'état maniaque alternativement, et c'est après plusieurs oscil-

lations de ce genre que l'autre forme s'accentue. C'est le passage par occilation d'une des formes de la folie circulaire à l'autre forme.

Enfin, il y a un troisième mode de transition, qui consiste, au contraire, dans le passage brusque et instantané de la mélancolie ~~et~~ à la manie et de la manie à la mélancolie.

On voit certains malades qui

du jour au lendemain, changent d'état brusquement, instantanément ; tantôt ils s'endorment mélancoliques et se réveillent maniaques ; tantôt ils s'endorment maniaques et se réveillent mélancoliques. C'est pendant la nuit, principalement vers une heure du matin, que ce changement a lieu : le malade se réveille, s'agite, se lève, parle, alors que la

veille il était muet, immobile inerte. Dans les maladies à courte échéance, cette transformation rapide, cette transformation brusque, est de règle. Il y a un certain nombre de malades dans les asiles qui passent brusquement, instantanément de la forme maniaque à la forme mélancolique ou de la forme mélancolique à la forme maniaque. Dans

ce cas, il n'y a pas d'intervalle lucide.

L'intervalle lucide n'existe donc, quand il existe, que dans les cas où la transition est lente, progressive, et surtout dans les cas dont parle M. Baillarger, c'est à dire dans le cas où un accès doux est séparé d'un autre accès doux par un intervalle prolongé. On peut se demander si ce

n'est pas là la folie inter-
mittente à double forme, au
lieu d'être la forme circulaire.
Le mot circulaire, employé par
mon père, s'applique au cas
où il n'y a pas d'intermit-
tence dans la marche de
la maladie. Il y a, en quel-
que sorte, un roulement conti-
nu entre l'état de mélan-
colie et l'état de manie.
Ce sont les cas les plus fré-

quents, surtout dans les maladies à longue échéance.

Dans d'autres cas, où le passage d'une forme à l'autre a lieu par oscillation, on peut se demander s'il n'y a pas un intervalle lucide. C'est à ce cas qu'on a donné le nom de folie à formes alternes.

La maladie est caractérisée non seulement par les sympt.

tômes que je viens d'indiquer, mais aussi par l'hérédité. En effet, il est remarquable que cette maladie, qui peut, dans d'autres cas, survenir à la suite de causes occasionnelles quelconques, telles qu'une chute sur la tête, une blessure, une émotion violente, cette maladie est presque toujours héréditaire. Souvent, elle se produit

sous une forme similaire chez les ascendants et les descendants. J'ai observé, et mon père l'a observé aussi, des malades qui ont été atteints de cette forme de maladie circulaire, pendant deux générations : la grand mère, la mère, la fille, ont été observées par le même médecin, atteintes de la même maladie, de la même form

circulaire.

Cette maladie peut survenir à la suite d'une chute sur la tête, à la suite d'une maladie aigüe, à la suite d'un accouchement; ces causes ont la même influence. Cependant, cette maladie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Il y a plus des femmes que d'hommes.

atteintes de folie circulaire. Quelquefois, dans certains asiles on ne peut pas trouver un seul homme atteint de cette maladie là. Mais la fréquence de la folie circulaire est plus grande qu'on le croit parce que ce n'est pas dans les asiles d'aliénés qu'il faut chercher ces malades. Beaucoup de ces malades restent en liberté, dans leur famille

dans le monde ; il y a un grand nombre de personnes, beaucoup plus qu'on ne le croit, qui partagent leur vie en deux états de caractère diamétralement opposé. Pendant un certain temps, leur existence est cachée, ils fuient le monde, ils restent dans leur chambre, quelquefois dans leur lit. Ils négligent de s'ha-

tiller, ils s'habillent à moitié et vivent isolés dans une grande malpropreté; ils passent plusieurs mois pendant lesquels ils ne paraissent nulle part; par conséquent, cet état passe inaperçu pour le public. Mais, plus tard, ils changent de manie, il semble qu'une nouvelle personnalité soit entrée dan.

le même corps ; le malade
sort, se montre partout, va
au spectacle, écrit des lettres,
se livre aux actes les plus
effrénés, aux accès alcooliques,
à toute espèce de désordre,
et comme on ne le voit que
sous cet aspect, on ne consi-
dère que cet état là, qui
paraît être son caractère
habituel : on ne sait pas

que, pendant une autre période de son existence, ce malade est mélancolique, affaissé, inerte, et souvent atteint de mutisme.

Il y a un grand nombre de personnes qui présentent ces phénomènes très caractéristiques, et qui restent dans leur famille, dans la société.

Ce fait est important au point de vue de la méd-

cine légale, et aussi au point de vue des testaments. Il arrive que des personnes font des testaments, dans cet état de folie circulaire, et que ces testaments sont validés par d'autres. Les uns considèreront cet état comme une simple bizarrerie de caractère et valideront le testament; les autres considèreront cet état comme une folie partielle

et invalideront le testament. Aussi souvent, quand on recherche l'hérédité d'une maladie, il y a à tenir compte de ce fait important que, souvent, il y a des parents, parmi les ascendants, qui ont présenté ces cas que je viens d'indiquer, qui n'ont pas été enfermés dans les asiles, qui sont restés en liberté, et qui ont pu donner naissance à des enfants, dont la maladie men-

tale est plus caractérisée et
est évidente. C'est souvent
une cause d'erreur dans les
recherches de l'hérédité qui se
font parmi les ascendants.
Le diagnostic différentiel de
cette maladie est souvent dif-
ficile. D'abord, cet état de
maladie passe souvent inaperçu,
n'étant pas considéré comme
maladie mentale. On considère
ces malades comme des origi-

naux, des excentriques; ils restent en liberté, dans la société, dans leur famille, on ne songe pas à les enfermer dans les asiles; par conséquent, le diagnostic de la folie circulaire ou à double forme, est très difficile. Il faut observer le malade pendant longtemps et connaître les caractères spéciaux de la maladie pour pouvoir faire le diagnostic.

Dans d'autres cas, le dia-

nostic est difficile à distinguer du diagnostic de la paralysie générale. Il y a une forme de variété de paralysie générale, qui présente une grande analogie avec la folie circulaire, une folie à double forme. Ces malades ont des alternatives de délire hypocondriaque et de délire de grandeur, qui rendent difficile le diagnostic différentiel.

M. le docteur Billot et un
de ses élèves ont attiré l'atten_
tion sur l'analogie qu'il y a
entre certains symptômes de
la folie circulaire et ceux de la
paralysie générale ; dans ces cas,
une étude attentive des phé_
nomènes physiques et moraux
permet le diagnostic. Mais,
il faut observer le malade très
longtemps et très attentivement
pour savoir à quelle maladie
on a affaire. Les symptômes

physiques sont les mêmes ; il
y a également tremblement des
lèvres dans les deux maladies
D'autre part, le délire des gran-
deurs dans la paralysie a un
caractère particulier d'absurdité
qui le distingue du délire de
grandeur qu'on observe dans la
période d'excitation de la fo-
lie circulaire ou à double form
De plus, le caractère distinctif
indiqué par M. Régis : la
malveillance des circulaires, et

la bienveillance des paralytiques, permet de distinguer ces deux maladies et peut servir de diagnostic. Mais il y a quelquefois doute dans l'esprit du médecin, et il faut avoir observé plusieurs accès pour pouvoir affirmer avec certitude qu'on a affaire à une paralysie générale commençante ou à la folie circulaire ou à double forme.

Le diagnostic de cette maladie est difficile aussi avec certaines folies hystériques. Il y a certains hystériques qui présentent les mêmes phénomènes d'excitation. Ces malades parlent beaucoup, ont des inventions mensongères et se rapprochent beaucoup des malades circulaires excités. Pour la plupart, la mélancolie existe aussi, la mélancolie anxieuse,

la mélancolie avec transports. Il y
a un certain nombre de malades
qui présentent cette forme de mé_
lancolie, qu'on pourrait considérer
comme des hystériques, et qui ne
sont que des circulaires. Il
faut observer plusieurs ~~malades~~
périodes, plusieurs accès, pour
affirmer avec certitude qu'on a
affaire à la folie circulaire ou
à double forme, plutôt qu'à

L'hystérie.

Ces diagnostics différentiels sont donc très importants et mérite d'attirer l'attention.

Le pronostic de cette maladie est grave : En effet, on guérit très rarement, pour ne pas dire jamais. Lorsqu'on a été atteint de plusieurs accès successifs de folie circulaire, le plus souvent cette maladie se perpétue jusqu-

dant toute l'existence, jusqu'à la mort, mais avec des degrés d'intensité différents. Tous les cercles ne sont pas identiques à eux-mêmes, chez le même malade ; on peut, dans certains cas, observer deux cercles très intenses, et il peut arriver que les cercles suivants soient très atténués, de sorte que, souvent, ils peuvent passer inaperçus soit dans une

période, soit dans l'autre. On voit des malades de ce genre sortir des asiles, rentrer dans leur famille, dans la société, chez lesquels l'alternance de dépression et d'excitation continue, mais d'une façon tellement atténuée que cela passe inaperçu. Cet état peut durer quelques années, jusqu'à ce qu'un nouveau cercle plus intense arrive et oblige à re-

placer le malade dans les asiles. Il s'est donc écoulé plusieurs années pendant lesquelles le malade a paru guéri. Cette variation dans les degrés d'intensité des phénomènes est à considérer parcequ'on peut prendre comme guérison ce qui n'est qu'atténuation de la maladie.

On a pas assez insisté sur ces variations de degrés d'intensité de durée des phénomènes

Il y a certains accès très intenses qui ont une durée très courte, et d'autres qui ont une durée très longue ; les malades restent quelquefois 5 à 6 ans dans l'état mélancolique ou dans l'état maniaque. La durée ou l'intermittence des accès est quelquefois très variable, de sorte qu'on peut commettre de grandes erreurs dans le diagnostic

et dans le pronostic de cette maladie. Mais on peut poser en principe qu'alors même que le malade paraît guéri, on doit toujours redouter le retour d'un nouveau cercle, d'une nouvelle folie double, présentant un état mélancolique et un état d'excitation.

La folie circulaire, ou à double forme, est donc une maladie grave. mais elle ne se tran...

forme pas, pendant sa durée, et n'arrive jamais à la démence. On retrouve ces malades à 70 ans, semblables à ce qu'ils étaient à 25 ans - en faisant, naturellement, la part de l'âge ; ils ont subi l'influence de l'âge comme toutes les autres personnes, mais on retrouve ces malades, à 70 ans, aussi actifs, aussi remuants, d'une intelligence aussi vive, qu'à l'épo-

maladie sont donc graves.

Il me reste maintenant, Messieurs, à vous dire quelques mots de la médecine légale de cet état que je viens de décrire.

Dans les cas très évidents de manie, suivie de mélancolie caractérisée, le doute n'est pas possible; les malades sont enfermés dans les asiles d'aliénés, et sont privés de leur liberté et de leur responsabi-

lité. Mais, dans les cas où le malade n'est pas enfermé, lorsqu'il reste dans sa famille, dans sa famille, dans la société, comment apprécier la valeur des actes auxquels le malade se livre, soit des actes civils soit des actes criminels ?

C'est là une des questions les plus difficiles de la médecine légale de la folie circulaire, ou à double forme.

D'abord, il y a des intervalles lucides, pendant lesquels le malade recouvre sa liberté morale et sa responsabilité ; mais, pendant les accès alors que les malades sont dans un état d'excitation, qui leur enlève leur liberté morale, comment peut-on dire qu'ils sont responsables des actes auxquels ils se livrent, et comment entacher de nullité leurs actes civils ? C'est une question

très difficile à résoudre, et il y
a là un cas qu'il faut observer.
Dans le cas de manie, on ne peut
pas établir de règle absolue.
Quelques uns de ces malades con-
servent leur activité intellectuelle
et un état moral qu'il est
impossible de leur enlever le
bénéfice de l'irresponsabilité.
Dans d'autres cas, au contraire
la responsabilité doit être abso-
lue. Comme je l'ai dit, on ne

que de leur jeunesse ; on est étonné de leur conservation physique et intellectuelle remarquable, malgré leur âge avancé. Nous avons eu occasion plusieurs fois d'observer des malades de ce genre, et, en particulier, pendant 47 ans, un malade que nous avons eu dans notre maison ; il est resté 47 ans dans cet état de folie circulaire, observé par mon père et par moi, et il est mort d'un

accident congestif, mais il est mort présentant même la même activité intellectuelle qu'il avait dans sa jeunesse.

Je viens de prononcer le mot d'<u>accident congestif</u>. Ces malades comme tous les héréditaires, présentent de temps en temps des accidents cérébraux qui méritent d'être étudiés et observés très attentivement, et dont je vous ai déjà parlé

à propos des héréditaires. Quelquefois ces malades ont quelques tremblements dans les lèvres, dans les membres supérieurs, et se rapprochent des paralytiques; d'autres fois, ils ont de véritables pertes de connaissance, de véritables symptômes de congestion; quelquefois ils arrivent à l'hémiplégie temporaire.

Il y a donc là des phénomènes physiques très prononcés comme

les héréditaires, ces malades se rapprochent des malades du cerveau. Il y a là un contraste singulier entre le développement remarquable des facultés intellectuelles et les accidents cérébraux congestifs qui se produisent de temps en temps chez ces malades. Ce sont ces accidents congestifs qui les emportent et qui font que les malades meurent. Les pronostics de cette

peut admettre la responsabilité que pendant l'intervalle des accès. Les épileptiques sont dans le même cas : lorsqu'ils sont malades, ils sont irresponsables ; lorsqu'ils sont dans un état intermédiaire, on peut se demander jusqu'à quel point la responsabilité existe ; mais, si elle existe, elle n'existe que dans les intervalles de retour à la raison, et elle n'existe pas dans les états mixtes, qui doivent avoir le bénéfice de l'i...

responsabilité.

Cependant, la médecine légale de folies circulaires ou à double forme est difficile, parce que les malades vivent généralement dans la société, dans leur famille, sans être enfermés dans les asiles. Il y a des cas nombreux de testaments faits par des malades de ce genre et validés par les magistrats et qui ne sont pas contestés par

les médecins. Plus on arrivera à étudier avec soin cette forme de maladie, cette forme circulaire ou à double forme, plus on arrivera à considérer ces malades comme des aliénés.

L'étude très rapide que je viens de faire de la folie circulaire ou à double forme a un grand intérêt au point de vue de la nosologie et de la classification générale. Cette maladie appartient au grand groupe

des folies intermittentes. Il y a donc lieu de l'étudier séparément comme une variété spéciale et de ne pas la confondre avec ces autres formes de folies intermittentes, comme le faisait Morel, et comme le fait aujourd'hui M. Magnan. Il ne faut pas la fusionner absolument avec les autres maladies appartenant à un groupe général, on peut la considérer comme appartenant

à la grande famille des folies intermittentes, mais il faut la distinguer et en faire une description particulière. Il faut la détacher du groupe général des folies intermittentes : ce n'est qu'à condition d'établir des groupes bien distincts et bien définis de toutes ces maladies qu'on peut faire progresser la science ; ce n'est pas en embrassant tous les faits de ce

vaste champ d'observation qui ou
peut faire avancer l'étude des
maladies mentales, il faut spéci
liser davantage. Après avoir dé
crit les caractères particuliers des
différentes variétés de maladies
engendrées par l'alcoolisme.
De même, pour la folie circu-
laire, il faut la considérer com
une maladie spéciale, méritan
une description particulière ; i
ne faut pas la fusionner dan

le groupe général des folies périodiques. C'est une étude sur laquelle je tenais à insister en terminant.

J'ai été obligé d'abréger cette étude, qui mérite de grands détails ; J'ai voulu vous donner surtout aujourd'hui une idée générale de cette maladie de la folie circulaire ou à double forme qui commence à être plus connue.

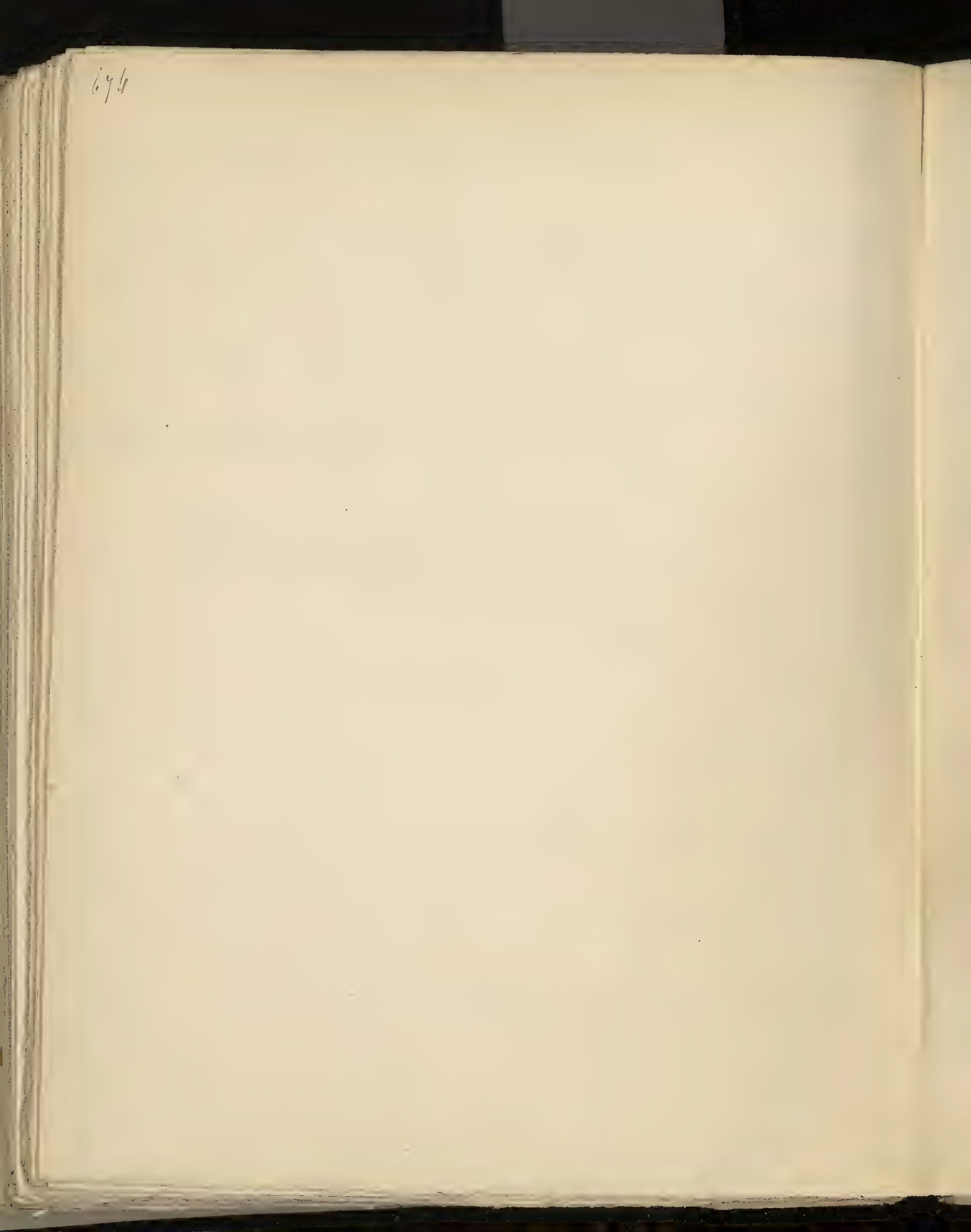
Dans la prochaine séance, J'étudierai la folie épileptique

et la folie hystérique, et, dans la séance suivante, je tâcherai d'examiner la folie décrite par le professeur Lasègue, sous le nom de cérébraux. C'est par cette étude que je terminerai les leçons de cette année. Je ferai encore deux leçons; il n'y aura plus que deux leçons, parce que, le dernier dimanche de décembre étant le lendemain de Noël, il ne me paraît pas possible de faire un cours

qui attire les auditeurs ce jour-là.

Il me reste donc deux leçons à faire : la première, sur la folie hystérique ; la suivante sur les cérébraux de Lasègue.

(Applaudissements)


674

Dimanche, 12 décembre 86

Messieurs,

J'ai l'intention aujourd'hui de vous faire très rapidement l'exposé, la description de trois formes nouvelles de maladies mentales. Vous savez ce que j'entends

par « formes nouvelles de maladies mentales » ce n'est pas la manifestation de nouveaux symptômes et ce ne sont pas des états nouveaux qui se présentent dans la maladie. Ce sont des états nouveaux dans la description scientifique de la maladie, par les auteurs.

Je parlerai aujourd'hui de la folie épileptique, de la folie hystérique et ~~de~~ d'une

variété spéciale de la folie à laquelle le professeur Lasègue a donné le nom de : cérébraux. C'est ainsi qu'il a intitulée la forme spéciale de maladie mentale que j'aurai l'honneur de décrire à la fin de cette leçon.

Je commencerai par l'étude de la folie épileptique. J'ai publié, il y a déjà longtemps, un mémoire, que je pour-

rai vous distribuer tout à l'heure à quelques exemplaires, quelques exemplaires, très étendu sur ce sujet ; je vais chercher seulement, à vous donner aujourd'hui une idée générale de cette maladie, sous une forme très résumée.

De tout temps, depuis les temps anciens jusqu'à nos jours, on a constaté que les épileptiques sont très sou-

nent atteints de trouble mental.
Quelques auteurs ont même pré_
tendu que tous les épilep-
tiques, sans exception, étaient
aliénés. Cette opinion est évi_
demment exagérée, et c'est
une exagération qui s'est pro_
duite surtout chez certains mé_
decins aliénistes, parce qu'ils
n'ont sous les yeux, dans
les asiles, que des épileptiques
devenus aliénés ; mais, quand

on envisage l'épilepsie dans son ensemble, telle qu'elle existe dans le monde, on constate qu'il y a un certain nombre d'épileptiques qui conservent presque l'intégrité de leur raison.

Il y a en ce moment en Fran[ce] 30.000 épileptiques, au moins; sur ce nombre, à peine 1500 à 3000 sont actuellement enfer-més dans les asiles d'alién[és]

On n'est pas d'accord sur ce chiffre mais la proportion est à peu près celle dont je parle.

Vous voyez donc que, si beaucoup d'épileptiques peuvent devenir aliénés, il en est cependant qui conservent la presque intégrité de leur raison.

Cependant, le trouble mental joue un grand rôle dans l'épilepsie. Il se produit dans trois conditions différentes. Il se produit d'abord sous le

rapport immédiat avec les accès, c'est à dire, avant, pendant, et après les attaques d'épilepsie : c'est le premier point. Il peut se produire encore pendant l'intervalle des attaques : second point. Enfin, la troisième catégorie, admise seulement dans ces derniers temps, est la catégorie des malades chez lesquels le trouble mental présentant tous les caractères de la folie épilep-

tique, existe sans épilepsie apparente, soit qu'on se trouve en présence d'une épilepsie méconnue, soit qu'on se trouve en présence d'une épilepsie qui existait autrefois, mais qui n'existe plus au moment où on observe le malade. C'est ce qu'on a appelé: L'épilepsie d'avant

Nous avons donc à étudier le trouble mental chez les épileptiques de trois façons diffé-

rentes ; mais je dirai d'abord quelques mots du caractère habituel des épileptiques.

La plupart des épileptiques présentent, dans la plupart de leurs attaques, dans leur état habituel, certains traits de caractère qui leur appartiennent en propre. Le caractère des épileptiques est bien connu ; tous les auteurs en ont parlé. Le fond de ce caractère est

l'irritabilité. Les épileptiques sont irritables, colères, querelleurs, disputeurs, difficiles à vivre, à divers degrés. Il y a, chez l'épileptique, un caractère général d'irritabilité bien connu. Tout le monde sait, et les médecins d'asiles mieux que personne, que le caractère des épileptiques est le plus difficile à diriger et à gouverner de tous les aliénés. Les épileptiques sont

tous colères, disputeurs, querelleurs, et d'un caractère très variable, ils varient d'un moment à l'autre, car, s'ils sont habituellement irritables, ils ont des périodes pendant lesquelles ils sont timides, cateleux, obséquieux, complimenteurs, cajoleurs, et, pour ainsi dire, disposés à cacher leur caractère fondamental. Il y a, en effet, des moments où

les épileptiques se font remarquer par l'excessive obséquiosité de leur caractère, et Mr. le professeur Lasègue a caractérisé ce fait d'une manière pittoresque, en disant que, dans les asiles d'aliénés, sont souvent sacristains et que tous les sacristains des asiles d'aliénés sont épileptiques. Dans d'autres cas, les épileptiques ont des moments de tristesse

des moments de désespoir, des moments de mauvaise humeur. Ils sont frappés de leur état, ils voient tout en noir; ils s'affligent et sont préoccupés de leur avenir, — et ce sentiment est bien naturel, dans une maladie aussi grave. Mais, en général, les épileptiques sont plutot gais, remuants et optimistes : ce n'est que par moment qu'ils ont des

accès de mélancolie, des accès de tristesse et de désespoir.

Il y a donc un caractère général appartenant aux épileptiques, même devenus aliénés, caractère qui, plus tard, s'accentue. Dans les accès proprements dits d'épilepsie, le trouble mental se produit dans trois conditions.

D'abord, avant les attaques.

Il y a un certain nombre

d'épileptiques qui ont, immédiatement avant l'attaque, certains symptômes de trouble mental les uns deviennent tristes, maussades, préoccupés, moroses, ils ont des visions de fantômes des hallucinations qui précèdent quelquefois de quelques instants les instants, les attaques. Dans d'autres circonstances, il y a des prodromes, des troubles mentals tels, que

les observateurs et les malades mêmes peuvent prévoir l'approche de l'accès par les phénomènes qui se produisent avant chaque accès.

On a même fait l'observation que si les épileptiques sont devenus malades à la suite d'une émotion violente, à la suite d'un incendie, à la suite d'un meurtre, à la suite de circonstances pénibles ou effrayantes, ils voient la scène qui

a précédé leur attaque premièr[e]
se reproduire toujours la même
avant chaque nouvel accès.
C'est un prodrome psychiq[ue]
de l'épilepsie. Dans d'autres
cas, ces prodromes sont plus pr[o]
noncés et il y a un véritab[le]
accès maniaque avant l'acc[ès]
épileptique. Ceci a été noté
par tous les auteurs.

Cependant, ce n'est pas, en

général, avant les attaques que se produit le trouble mental. C'est ordinairement à la suite des attaques qu'on observe les accès maniaques, dont nous nous occuperons tout à l'heure. Il y a là un fait vraiment remarquable. Beaucoup d'épileptiques ont, à la suite de leurs accès un trouble mental très intense, qui se produit sous la forme maniaque, et

sous forme de délire avec fureur
dont je parlerai tout à l'heure.

Il y a un troisième
fait à signaler. Quoique les épi-
leptiques, dans leurs accès con-
vulsifs, aient perdu connaissance
il y a, cependant, certains cas
d'épilepsie incomplète, dans les-
quels le trouble mental peut
s'observer même pendant l'ac-
cès. On voit des épileptiques
incomplets, des vertigineux,

qui, pendant leurs attaques, par-
lent et agissent, ont le vertige
et des conceptions délirantes ; ils
sont capables de prononcer des
paroles, pendant leurs attaques,
ou de faire certains actes en
quelque sorte automatiques, tou-
jours les mêmes, comme remuer
les mains, se déboutonner, se
déshabiller ; ils sont capables, en
un mot, d'agir pendant l'at-
taque. Ce côté délirant est

à signaler. Pendant l'accès, les malades peuvent accomplir certains actes nuisibles et justiciables des tribunaux.

On cite quelques exemples de malades traduits devant les tribunaux, pour des actes accomplis pendant l'attaque de vertige de l'épilepsie.

Mais ce n'est pas dans ces conditions que se produisent le plus les troubles intellectuels

qui se manifestent pendant dans l'épilepsie : c'est dans l'intervalle des attaques que se produit surtout le trouble mental de l'épilepsie. Or, les auteurs, jusqu'à présent, n'avaient décrit que la manie avec fureur des épileptiques, cette manie si violente bien connue dans les asiles d'aliénés, et caractérisée par des symptômes spéciaux,

mais on n'avait pas éveillé l'attention sur une autre forme beaucoup plus caractéristique, à laquelle j'ai donné le nom de *petit mal intellectuel* des épileptiques. C'est un diminutif de la grande manie avec fureur, mais ce caractère a une grande importance au point de vue de la médecine légale. C'est cet état sur lequel j'ai insisté

dans mon mémoire. Le petit mal intellectuel des épileptiques est maintenant admis par tout le monde et mérite une description spéciale. Ce sont des épileptiques parfaitement constatés. Quelquefois, l'épilepsie est méconnue; mais il suffit de rechercher attentivement dans la vie des individus pour découvrir des traces quelconques de vertiges et des cas d'épilepsie méconnue; en cherchant bien

on trouve des accès d'épilepsie qui sont passés inaperçus, on apprend que ces malades ont eu pendant la nuit, des accès qui sont passés inaperçus ; ils se sont mordu la langue, ils ont des ecchymoses au cou, au front ; ils ont un ronflement particulier pendant le sommeil ; ils ont eu, surtout, un signe caractéristique : c'est l'incontinence d'urine pendant la nuit

Ce sont là des caractères qui, souvent, indiquent des accès d'épilepsie méconnus. Il y a donc de véritables symptômes d'épilepsie méconnue. Mais, ordinairement, on constate le trouble mental; c'est le plus souvent devant les tribunaux qu'on est appelé à faire ces ~~obsetta~~-tations psychiques, et rarement dans les asiles d'aliénés.

Un malade, dit criminel, est présenté à l'examen d'un mé-

decin expert comme ayant accompli un acte violent, qu'il s'agit de juger. Vous apprenez que ce malade a, de temps en temps, des accès de délire, qui ont toujours le même caractère; ce trouble mental consiste principalement dans le besoin de marcher sans but, de vagabonder : premier caractère. Ces malades sont ordinairement jeunes; ils ont de

de 20 à 25 ans.

Sous l'influence de ce trouble mental, ils sont sortis le matin de leur appartement, ils ont abandonné leurs travaux, ils se sont mis à marcher devant eux dans la campagne, dans les rues, sans but et sans idées préconçues, sous l'empire d'une profonde tristesse, d'une vive angoisse, d'une grande terreur; ces malades ruminent dans leur

esprit tous les sentiments violents qu'ils ont éprouvés à certains moments de leur vie. S'ils ont eu des moments tristes dans leur existence qui, ordinairement, n'est pas longue ; s'ils ont eu de l'apathie, des sentiments de haine ou de vengeance, tous ces sentiments pénibles se raniment dans leur âme, et pendant qu'ils continuent à

marcher sans but et à l'aventure, ils ruminent ces sentiments et sont alors dominés par des hallucinations qui viennent se joindre au trouble mental. Ils entendent des voix, ils sont poussés à des actes violents, à l'homicide, au suicide; ils ont des impulsions violentes instinctives, instantanées et, sous l'empire de cet état mental,

au moment où on y pense le moins, sans provocation, sans cause, ils se livrent à des actes violents, au suicide, se jettent à l'eau par dessus le parapet d'un pont, ou bien se livrent à des actes d'homicide contre la première personne qu'ils rencontrent, une personne inconnue, tout à fait étrangère à leur vie. Ils accusent le premier venu d'être la cause

de leurs tourments ; ils se jettent sur lui avec une sorte de rage, avec une fureur épileptique ; ils frappent à coups redoublés avec le premier instrument qui leur tombent sous la main, un marteau, une pierre, un couteau ; ils frappent à coups redoublés, font ordinairement plusieurs blessures, et très souvent plusieurs victimes. Après avoir blessé ou tué quelqu'un, ils courent devant eux sans

but, rencontrent une nouvelle personne qu'ils frappent, blessent et tuent. On a des exemples de sept ou huit personnes tué[es] successivement par un malad[e] dans cet état de fureur épileptique. Il y a eu, à Orléans il y a une quinzaine d'années, un exemple frappant d'un fait de ce genre, qui a été publié dans tous les

journaux de cette époque.

Autre caractère. Le plus souvent, après l'acte violent accompli, le malade éprouve une sorte de soulagement, de détente; il est comme dégrisé, il sort comme d'un rêve, il revient à son état normal, et, lorsqu'on l'interroge, il répond d'une manière lucide à toutes les questions qui lui sont

posées. Il se rappelle, en géné
ral, les derniers actes qu'il a
accomplis, mais il a perdu
le souvenir de tout ce qui a
précédé. Toutes ses courses va
gabondes ont presque disparu
de sa mémoire, il ne se rap-
pelle que les dernières circons-
tances de l'accès; le souve-
nir de ses actes n'est effa
que pour les faits antérieurs,
tandis que les dernières cir-

constances de l'accès ; le souvenir de ses actes n'est effacé que pour les faits antérieurs, tandis que les derniers événements, tandis que les dernières circonstances subsistent encore dans la mémoire. Ce caractère est très important à noter au point de vue de la médecine légale.

Après les actes accomplis, le malade se dénoncer lui-même ordinairement ; il se rappelle qu'il a blessé des personnes, qu'il

a tué quelqu'un, il va se dénoncer aux magistrats, au commissaire de police, en disant qu'il a été poussé par une force supérieure, qu'il n'était pas maître de lui-même, qu'il ne se rappelle même pas ce qu'il a fait antérieurement, dans la matinée. Cet état mental existe à divers degrés : tantôt il est très prononcé ; tantôt la confusion des idées aboutit presque à l'état maniaque ; tantôt

il est peu prononcé et se rapproche davantage du délire partiel, du délire mélancolique. C'est ce qui a empêché les auteurs de faire une description parfaitement nette de cet état mental. C'est là ce que j'ai appelé le petit mal intellectuel des épileptiques. Presque toujours, on découvre chez les malades, des faits de l'ordre physique, c'est à dire des vertiges très caractérisés ou une épilepsie convulsive

méconnue pendant la nuit, une épilepsie nocturne. Quand on étudie cet état mental dans un malade, on découvre dans les faits antérieurs des faits très caractérisés ; on découvre des faits où l'attaque convulsive a eu lieu. Ce sont des épileptiques méconnus.

A côté de cet état mental, vient se placer la manie épileptique avec fureur, mieux connue et observée souvent

dans les asiles d'aliénés. Dans
tous les asiles, il y a des exem-
ples de ces accès de manie.
Ces malades ressemblent à tous
les autres maniaques, au point
de vue de la violence des actes,
au point de vue de l'agita-
tion, au point de vue du
désordre des paroles et des actes.
L'état de fureur de ces ma-
lades est quelquefois tel qu'on
est obligé de les enfermer en
cellule ou de leur mettre la

camisole de force. Ce sont des malades furieux mais ils ont des caractères spéciaux sur lesquels il est important d'insister, parce qu'ils permettent de définir l'épilepsie, même quand elle est méconnue. Ces accès de manie sont ordinairement précédés de quelques prodromes physiques et moraux, mais de durée très courte, et l'explosion de l'accès est très rapide, très brusque, beaucoup

plus rapide que dans la forme de manie ordinaire. Donc explosion rapide et brusque de l'accès, premier caractère.

Le second caractère qui est aussi très important, consiste dans l'état de terreur; les hallucinations terrifiantes de l'ouïe et de la vue sont presque constantes. Les malades sont souvent pris de délire terrifiant, se rapprochant du délire alcoolique; mais il en diffère en ce qu'il est

plus net. Les malades en effet, répondent aux questions qu'on leur pose et sont en rapport avec le monde extérieur; ils ont des idées plus nettes que les maniaques ordinaires, ils causent de sujets scientifiques et n'ont pas l'incohérence qu'on remarque dans la plupart des aliénés atteints de délire.

Il est possible d'avoir avec eux des conversations, même dans leur plus grande agita-

tation. Il y a une netteté et une lucidité des idées qui contraste singulièrement avec la violence de l'agitation et le désordre des actes. Ce caractère d'absence d'obtusion différencie beaucoup le délire épileptique du délire alcoolique.

De plus, les accès du délire épileptique se ressemblent tous. La manifestation périodique de l'épilepsie présente, à chaque accès, les mêmes phénomènes physiques et moraux. Quand on a observé

720

avec soin un de ces accès de
manie épileptique, et qu'on observe
les accès suivants, on est frappé
d'étonnement en constatant que
tous ses accès sont absolument
identiques et qu'ils se reprodui-
sent avec tous les mêmes phé-
nomènes physiques et moraux.

Il y a un autre caractère
important à signaler, c'est la
terminaison de l'accès qui
est aussi brusque que l'a-

été l'explosion. Il y a aussi une autre particularité qui distingue la manie épileptique, c'est que, dans la manie épileptique, il y a presque toujours perte absolue du souvenir.

Les malades n'ont plus le souvenir des actes accomplis pendant l'accès, ou du moins, si ce souvenir existe, il est très confus, très incomplet, et la plupart des faits accomplis par le malade sont absolu-

ment effacés de sa mémoire. Il y a là un fait très caractéristique qui permet de reconnaître le délire épileptique.

Vous voyez, Messieurs, qu'il y a deux états de trouble mental tout à fait différents, chez les épileptiques : le petit mal et le grand mal correspondant à ce qu'on a appelé de tout temps le vertige et l'attaque convulsive. Mais, ces deux états, quoique différents, ont

des caractères communs très impor-
tants, que je viens de signaler.
Ils ont tous deux les idées ter-
rifiantes ; ce sont les idées qui
dominent dans l'accès d'épi-
lepsie. Il y a aussi, comme
caractère commun des deux
formes du délire épileptique,
la netteté et la lucidité rela-
tive des idées du malade,
pendant la durée de l'accès ;
l'invasion rapide de l'accès

la durée relativement courte, l'analogie des accès toujours semblables aux accès précéden[ts], la cessation brusque de l'acc[ès], enfin, la perte du souvenir, a[près] la guérison. Ce sont là des caractères communs à ces deux formes de délire épileptique, très importants à connaître, au point de vue de la patho-logie mentale, et au point de vue de la médecine légale. C'est

en effet, un grand progrès dans la médecine, et une grande force pour le médecin légiste de pouvoir dire presque à coup sûr : ce malade n'est pas un aliéné, il n'est pas atteint de folie temporaire, de folie instantanée ou de folie transitoire, comme on disait autrefois, mais c'est une maladie qui est épileptique, et de pouvoir le démontrer, après l'avoir affirmé. On peut le trouver par la démonstra-

tion de faits antérieurs, on arrive
à prouver que le malade a eu
à diverses reprises, des atta-
ques diurnes ou nocturnes, à
diverses époques de son existence,
attaques qui ont passé inaperçues.
Donc, c'est un grand progrès
pour la médecine légale. Au
lieu de discuter, comme les
magistrats, sur les mobiles
des actes incriminés, sur les
circonstances qui les ont précédés
ou suivis, on ne discute plus

comme les avocats, sur des circonstances toujours sujette à erreur : on arrive avec une maladie spéciale ayant un caractère clinique bien déterminé, au point de vue mental, et pré-sentant des caractères physiques et moraux incontestables. Il y a là une situation, pour le médecin très avantageuse pour le au point de vue des magis-trats, au point de vue de la médecine légale ; c'est donc un

grand progrès au point de vue de la médecine légale.

J'ai développé toutes ces idées dans le mémoire que je me permettrai de vous distribuer tout à l'heure ; je passe maintenant à un second état de folie, c'est à dire à la folie hystérique.

La folie hystérique existe-t-elle ? Y a-t-il réellement une folie hystérique ? C'est

un fait difficile à affirmer.
Morel et un de ses élèves ont
admis la folie hystérique, mais
ils ne l'ont pas décrite d'une
manière bien déterminée; ce
qu'ils en ont dit peut être consi-
déré comme représentant plutôt
la folie chez la femme, en géné-
ral, que la folie hystérique
proprement dite. M. le Dr Chatibourg
a publié un mémoire intéres-
sant sur ce qu'il a appelé
la folie de la femme, qui

n'est autre chose que la folie hystérique. Depuis lors, on a continué à étudier ce sujet, par des études plus attentives, pour arriver à mieux préciser les caractères qui distinguent la folie hystérique des autres formes de folie. Ces caractères ne sont pas aussi bien déterminés que ceux de la folie épileptique; cependant, il en existe quelques uns qui per-

mettent de reconnaître la folie hystérique.

Il faut distinguer trois degrés dans l'état mental de l'hystérie.

Le premier degré consiste dans le caractère excentrique des malades. C'est comme pour l'épilepsie. Les hystériques à grandes ou petites attaques, ont un caractère spécial ; elles ont, dans le caractère, des altérations particulières qui permettent de les reconnaître. Tout le

monde sait que les hystériques sont
en général, menteuses, inventant
des histoires mensongères, des ini-
mitiés, des accusations ; qu'elles
poursuivent leur but de vengeance
de jalousie, de haine, avec une
constance et une violence extraor-
dinaire, qu'elles sont de véri-
tables comédiennes ; qu'elles se
modifient à volonté d'un ins-
tant à l'autre, passant de
la douceur à la violence,
avec la plus grande facilité

comme du rire aux larmes. Il y a, chez les hystériques, une mobilité de sentiments très remarquable, qui est l'exagération pathologique de l'état du caractère de certaines femmes. Il y a, dans le caractère hystérique, des traits tout à fait particuliers qui ont attiré l'attention des observateurs et ne sont qu'un diminutif des caractères spéciaux de la folie, mais ce n'est là

qui un état semiphysiologique,
et le caractère des hystériques ne
peut être établi que difficilement

On peut admettre deux
formes de la folie hystérique,
la folie hystérique raisonnante
et la folie hystérique maniaque

La folie raisonnante des hys-
tériques est difficile à caracté-
riser, parce que la malade
cache, ordinairement, et ne ma-
nifeste pas devant le monde
les divers traits de sa mala

die, qui ne sont sensibles et appréciables que dans le foyer domestique, dans la vie privée. Il faut vivre avec ces femmes hystériques, il faut être leur mari ou leur parent très rapproché, il faut vivre d'une vie intimes avec elles, pour arriver à connaître l'énormité des symptômes qu'elles présentent. Cela donne lieu à de singulières méprises et de profondes erreurs.

Ces malades souvent entrent dans des couvents, sont considérés

comme des modèles de conduite passent pour des saintes, tandis qui au contraire elles présentent tous les caractères de la folie hystérique. Il y a de nombreux exemples de folie hystérique, mais ils n'ont pas été suffisamment étudiés, de sorte que cet état mental est peu connu. En général, ce qui caractérise surtout cet état, indépendamment de la mobilité extrême des sentiments, indépendamment

de la disposition aux inventions et aux histoires mensongères les plus exagerées, indépendamment de la disposition à la lutte, à la haine, à la vengeance, à l'érotisme, dans certains cas; indépendamment de ces caractères généraux ce qui permet de distinguer la folie hystérique, ce sont les actes. La plupart de ces malades, qui, en apparence ont une conduite très régulière, très normale, qui semblent

même souvent de véritables modèles de conduite, la plupart se livrent, dans leur intimité, à des actes d'érotisme caractérisés : souvent elles se mettent nues, elles se déshabillent, elles ont besoin de se mettre en état de nudité dans leur intimité, même en présence de leurs enfants ; elles se livrent à des actes obcènes, malpropres, inutiles. Elles ont quelquefois des gouts dépravés, boi-

nent leur urine ; mangent très souvent et restent quelquefois longtemps sans manger, sans prendre de nourriture ; d'autres fois, elles mangent avec voracité des objets malpropres, dégoutants, contraires à l'état normal ; elles ont une véritable dépravation des sens. Il y a même, dans le premier degré, des actes tout à fait désordonnés, tout à fait malpropres, qui ne sont pas connus et qui méritent

d'attirer l'attention des observateurs.

Quoiqu'il en soit, cet état de manie raisonnante est difficile à apprécier : il faut avoir la confiance des malades, recevoir leurs confidences ou leurs secrets ou être une personne de leur entourage pour caractériser leur état.

Ce n'est pas dans cet état qu'on voit ordinairement les hystériques, dans les asiles ; le plu

souvent c'est sous la forme maniaque que se présentent, en général, ces malades dans les asiles. Dans cet état de délire maniaque, les malades ont une grande loquacité ; elles sont malades, emportées, brisant, égratignant, déchirant, mordant, se livrant aux actes les plus violents. C'est ainsi qu'on commence à les observer. Mais on remarque, dès le début, que ces malades conservent une

lucidité relative très étonnante, comme les épileptiques : c'est une manie aiguë, mais présentant beaucoup de caractères des manies raisonnantes. Ces malades sont mauvaises, injurieuses, grossières, querelleuses ; mais leurs idées se suivent ; elles ont une lucidité relative très remarquable, et quelquefois, elles peuvent s'arrêter dans leur manie raisonnante comme elles peuvent s'arrêter dans leur

manie circulaire.

On peut retarder ou avancer l'accès hystérique, par la volonté, on peut le retarder à volonté. L'hystérique peut par la volonté, retarder ou avancer l'accès. Il en est de même pour l'état mental. Un peu plus tôt, un peu plus tard, les actes s'accompliront, mais la malade peut retenir à un moment donné, l'acte, l'accès hystérique, quand elle a un motif puissant de le retarder, tandis qu'au contraire, elle s'abandonne à la violence de de son

caractère hystérique, quand elle n'a aucun motif de retenir l'ac-
cès ou qu'elle désire faire une scè[ne]
Il y a là une volonté très remar-
quable chez les hystériques, qui se rencontre aussi bien dans les asiles que chez les malade[s]
qui ne sont pas enfermées et vivent dans la société, dans leu[r]
famille.

Cette maladie présente donc les caractères suivants : violence extrême des impulsions ; actes violents, malpropres, désordonné[s]

obscènes, besoin de mordre, de déchirer, de frapper, de briser, de casser; la plupart de ces malades cassent les verres, les assiettes, donnent des soufflets, mordent, frappent, déchirent, égratignent instantanément, sans motif, sans provocation, en vertu d'une impulsation immédiate, instantanée, qui les pousse à accomplir ces actes, et, un instant, elles rentrent dans le calme. Cela est instantané et rapide. C'est une des

caractères principaux de la main hystérique.

Un autre caractère sur lequel on n'a pas assez insisté, c'est la mobilité des idées délirantes. Ceci mérite une grande attention.

Il y a deux espèces de conceptions délirantes, chez les hystériques : il y a les conceptions délirantes qui se produisent, paraissent et disparaissent avec une grande mobilité, et il y a celles qui, au contraire, acquièrent une grande fixité.

une fixité désespérante. Il y a chez les hystériques deux sortes d'hallucinations : les unes passagères, mobiles, se succédant de minute en minute ; d'autres au contraire, qui acquièrent une fixité excessive. Chez la plupart de ces malades, il y a une ou deux conceptions délirantes qui s'implantent dans leur esprit avec une fixité telle, qu'on a cru quelquefois à une véritable monomanie. Ces malades croient qu'elles ont

un animal dans l'estomac, qu'elles sont enceintes, qu'elles ont un ver dans le cerveau, qu'elles sont bouchées; elles ont des idées délirantes d'une fixité désespérante qu'aucun moyen ne peut arriver à vaincre. Il y a donc chez les hystériques, à la fois conceptions délirantes mobiles et conceptions délirantes fixes.

Or, chose remarquable, comme dans la folie intermittente dont

j'ai parlé l'autre jour, ces idées fixes sont quelquefois remplacées du jour au lendemain par une nouvelle conception délirante, qui succède à la première; une clou chasse l'autre; une concep-tion délirante qui a la même fixité que la précédente, remplace l'autre, jusqu'à ce qu'elle soit remplacée à son tour par une autre qui présente la même fixité.

Ce sont là des faits importants qui méritent d'attirer l'atten-

tion des observateurs, pour déterminer la folie hystérique et la distinguer des autres variétés de folie chez la femme.

Dans la folie hystérique, la marche de la maladie est assez remarquable. Ces malades après avoir présenté des accès et s'être livrées à des actes désordonnées, arrivent à cacher leur état relativement, et arrivent à un état de calme qu'on prend pour la guérison

On prend cela pour une intermittence. On voit les malades revenir dans la société, dans leur famille, et prises ensuite de nouveaux accès qui les ramènent plusieurs fois dans les asiles d'aliénés. C'est là une des variétés de la marche de la folie hystérique.

Mais il y a une autre marche de cette maladie d'être signalée. Il y a d'autres malades qui tombent rapidement dans la démence précoce, dans l'idiotisme accidentel. Ce fait n'est pas assez connu

Il a été signalé surtout par Morel, et nous le voyons se produire tous les jours dans nos asiles. Nous voyons de jeunes femmes qui paraissent à peine malades, parvenir d'une manière rapide à des accès aigus et tomber souvent du délire dans l'idiotisme et rester pendant toute leur vie dans l'hébétude et dans l'idiotisme accidentel.

On remarque même un phénomène physique assez impor-

tout à noter : c'est la salivation.
Beaucoup de ces malades passant de l'état aigu à l'état chronique ont une salivation extraordinaire

Il y a donc là une marche spéciale à observer qui mériterait de devenir l'objet d'une monographie particulière. C'est en étudiant avec soin la marche de la maladie hystérique avec les caractères généraux que je viens d'indiquer, qu'on pourrait caractériser la folie hystérique d'une manière plus parfaite

et ~~plus~~ mieux déterminée que celle que nous connaissons aujourd'hui et qui est mal définie.

Le temps me presse, je suis obligé d'aller vite et d'abréger, j'arrive rapidement à la troisième variété de maladie mentale que j'avais l'intention de vous décrire dans cette leçon, c'est à dire aux cérébraux de Lasègue.

Le professeur Lasègue qui avait étudié les travaux de Morel sur les maladies men-

tales n'avait pas partagé complètement son opinion sur les maladies héréditaires, il a trouvé que Morel avait exagéré sa doctrine, et il a cherché à démontrer que, indépendamment des aliénés héréditaires de Morel, sur lesquels j'ai insisté dans une précédente séance, il existait d'autres états qu'on pouvait appeler congénitaux, et qui se distinguent des héréditaires sous certains rapports et s'en rapprochent sous d'autres rapports.

Comme nous le voyons aujour-d'hui dans la société médico-psychologique, il y a quelques médecins qui ont trouvé qu'on a exagéré l'influence de l'hérédité dans l'aliénation mentale et ont cherché à rattacher à d'autres circonstances certains faits attribués jusqu'alors à l'hérédité.

Au lieu de croire que les enfants héritent des parents, ils admettent que la maladie a lieu chez le fœtus ; d'autres

font remonter la maladie aux premiers mois de la naissance; d'autres enfin admettent qu'il y a des maladies congénitales, c'est à dire des maladies dues à l'individu lui-même dès le moment de sa naissance et qui ne doivent pas être attribuées aux ascendants.

Il y a donc trois catégories d'états que l'on cherche à distinguer des autres maladies héréditaires c'est: la maladie du foetus, celle de la première

enfance, et enfin la maladie tenant à la constitution native de l'individu, mais ne lui venant pas de ses ascendants. C'est en partant de ces idées générales que M. Lasègue a détaché des maladies mentales le groupe spécial auquel il a donné le nom de cérébrause, faute de mieux. Il reconnaît lui-même que le mot est insuffisant, mais il

difficile de lui en substituer un autre mieux approprié.

Lasègue a remarqué que, dans les maladies cérébrales, on observait des faits analogues à ceux qui se produisent dans les autres maladies; ils établissent donc des comparaisons avec les maladies ordinaires. Une femme en couches, par exemple, est atteinte souvent à la suite de l'accouchement, d'une péritonite qui dure longtemps, qu'on parvient

à guérir, mais qui laisse des traces pendant toute sa vie, des traces qui font que, du moment que la femme a eu cette maladie, elle n'est plus dans les conditions de santé des autres femmes et éprouvent plus facilement des accidents dans cette région. Il en est de même, dit-il, de la pleurésie chronique. Un malade, un charretier, par exemple,

tombe, est écrasé par son cheval, il est atteint d'une pleurésie. Cette pleurésie guérit, mais elles laissent des traces plus ou moins grandes et dès ce moment, le malade après sa guérison, est dans une condition spéciale de santé que n'ont pas les autres. Un ouvrier quelconque tombe d'un bâtiment, d'une échaffaudage, un individu fait une chute de cheval et tombe sur la tête,

il reste sans connaissance plus ou moins longtemps, il revient à lui, on le soigne, il est guéri; il paraît être rentré dans un état normal, et, cependant, il y a là un accident qui laissera des traces dans toute sa vie.

C'est l'état traumatique dans lequel il se trouve qui le distingue des autres et le prédispose à des maladies auxquelles il n'était pas sujet avant

son accident. Il en est de même pour les insolations. Un officier en campagne, ou dans une revue, a reçu ce qu'on appelle vulgairement un coup de soleil et a perdu connaissance. On le soigne, il reprend connaissance, il revient à lui; mais, à partir du moment où cet accident cérébral s'est produit, il est différent de lui-même; sa vie cérébrale est en quelque sorte métamorphosée. Comme le dit Lasègue, dans son langage pittoresque, il a perdu sa virginité

cérébrale.

D'autres individus qui ont eu différents accidents, ordinairement, à partir du premier accident ~~se~~ en éprouvent d'autres, dans le cours de leur existence. Ce ne sont pas des héréditaires puisqu'ils sont nés sans condition spéciale. Ce sont des individus qui héritent d'eux-mêmes. Un premier accident cérébral est le point de départ d'autres accidents qui se produisent plus tard

et Lasègue a désigné cette variété
particulière de maladie sous le nom
de cérébraux. Il distingue les
individus qui en sont atteints
des autres malades, par les symp-
tômes qu'ils présentent dans
le cours de leur existence. Il
a remarqué que, lorsqu'une sorte
d'accident cérébral se produit
à un certain âge, à cinq ans
par exemple, sous forme de con-
vulsions ou de prétendue méningite,
ces enfants ont souvent d'autres

accidents, à l'âge de puberté ou plus tard, dans le cours de leur existence, et il est bien difficile de distinguer ces états presque congénitaux, des états héréditaires, qui présentent également des accidents au moment de la puberté.

D'autres, ont des accidents traumatiques, plus tard, dans leur vie ; ils commencent à partir de ce moment, à entrer dans une vie cérébrale nouvelle, et c'est alors qu'existe cet

état mental auquel Lasègue a donné le nom de délire par accès, — faute de mieux, encore, ne sachant comment le qualifier.

Il consiste dans un trouble mental très analogue à celui de l'épilepsie, mais l'épilepsie larvée, car tout à l'heure j'ai évité de parler de l'épilepsie larvée, pour faire allusion à cet état mental. Ces malades ressemblent beaucoup à ceux qu'on a décrits, depuis trente ans, sous le nom d'épileptiques larvés. Tous ce

nom, on a décrit les aliénés qui ont le délire épileptique, moins l'épilepsie, au moins l'épilepsie démontrable. Les auteurs qui ont parlé de l'épilepsie larvée disent qu'on peut démontrer l'existence de l'épilepsie ; souvent on l'a reconnue ; de sorte que l'épilepsie larvée devient l'épilepsie ordinaire.

Ces malades ont besoin de marcher, de courir, de se perdre dans les campagnes ; ils ont les caractères très complets de l'épilep

sie, dont je parlais tout à l'heure, mais sans épilepsie remarquable, au moins au moment où on les considère ; mais, en faisant des recherches dans leur vie, on découvre qu'ils ont eu autrefois des attaques d'épilepsie ~~ou~~ bien, s'ils n'en ont jamais eu, ils s'en produit plus tard. C'est alors qu'on peut rattacher régulièrement cet état d'épilepsie larvée à l'épilepsie. Ceux qui ont le délire épileptique sans l'épilepsie ont

ce caractère particulier de vagabondage, de courte durée de l'accès, de rapidité d'explosion du mal, de cessation brusque de l'accès, d'actes violents, caractère qui les rapproche de l'épilepsie; seulement on ne peut pas découvrir chez eux l'épilepsie sous aucune forme. Lasègue a découvert cette particularité que, en remontant dans le passé de ces individus, on trouve que ces malades, lorsqu'ils sont soumis à l'examen

des médecins légistes et des magistrats. Autrefois, lorsqu'on observait des hommes, comme Léger, Papavoine, etc. tous ces individus qui ont figuré dans les procès célèbres, que vous connaissez, les magistrats comme les médecins, n'avaient pas les éléments suffisants pour apprécier l'état pathologique de ces malades. Un beau jour, un individu avait tué quelqu'un, dans un accès de folie; cette folie avait été

instantanée et absolument tran-
sitoire ; elle avait duré une second[e]
une minute, une heure, deux
heures, puis elle avait disparu t[out]
à-coup et n'avait pas reparu
depuis. Un fait aussi anormal
ne pouvait pas être admis par
les magistrats. Mais aujourd'h[ui]
la médecine légale a fait de
grands progrès ; nous avons
détaché des catégories vagues
et mal définies des folies ins-
tantanées, des folies temporai[res]

et des folies transitoires, un certain groupe de maladies ayant des symptomes physiques et moraux bien caractérisés, ayant des caractères bien distincts et parfaitement déterminés; nous avons pu établir des variétés de maladies mentales bien caractérisées: la folie héréditaire, l'alcoolisme, la folie circulaire, la folie épileptique, la folie hystérique, et enfin viennent les cérébraux de Lasègue

qui permettent au médecin de produire des documents scientifiques, lorsqu'il est consulté par un magistrat. C'est un grand progrès réalisé, au point de vue de la médecine légale et de la pathologie mentale des aliénés. Il y a là des éléments nouveaux qui donnent une grande puissance au médecin, en présence de la justice. C'est dans cette voie nouvelle

des tribunaux, avaient eu antérieurement
certains accidents cérébraux à diverses
époques de leur vie, que par consé-
quent ils se rattachaient à une
variété spéciale d'état mental,
que ce n'étaient pas des hérédi-
taires, que c'étaient des épilepti-
ques larvées. Mais les malades
auxquels Lasègue a donné le nom
de cérébraux sont des malades qui
présentent souvent dans le cours
de leur existence, des accidents

de même genre. Quand on les considère en prison ou dans les asiles, on constate la reproduction d'accidents semblables à ceux qui ont déjà provoqué l'action de la justice ; on a ainsi l'histoire complète de la maladie, au lieu de ne connaître qu'un temps déterminé. C'est ainsi que Lasègue complète son ~~théorie~~ histoire : Le médecin qui veut faire de véritables observations mentales ne peut le faire qu'à

la condition de faire la biographie mentale complète de l'individu. Il ne suffit pas de prendre ~~de~~ l'accès au moment où on observe le malade : il faut examiner le passé, rattacher le présent ~~et~~ à l'avenir ; il faut rechercher avec beaucoup de soin les antécédents de l'individu, trouver s'il n'y a pas eu antérieurement, dans son existence, des accidents cérébraux ou des accidents traumatiques, ou des chutes sur la tête. Il

est remarquable que les traumatiques ne deviennent cérébraux que très tardivement. Eh bien ! il faut rechercher, dans le passé de ces individus, s'il n'y a pas des phénomènes pathologiques qui en ~~font~~ des êtres spéciaux, qui en font des êtres distincts des autres hommes, qui expliquent rationnellement la production de ces accès instantanés qui ~~expliquent~~ jusqu'à présent, ont déjoué l'observation

qu'il faut entrer de plus en plus. Il faut arriver à déterminer les formes spéciales des maladies mentales et à distinguer les variétés ayant un caractère clinique parfaitement déterminé, permettant au médecin de se présenter devant la Justice avec son caractère exclusivement médical, sans avoir à discuter sur la nature des actes incriminés, ni sur leurs motifs, ni sur leur mobile; au lieu de discuter sur le libre arbitre et sur la responsabilité

de l'individu, comme un avocat, le médecin restera ce qu'il doit être, médecin ; et, cliniquement, scientifiquement, il démontrera que le cas particulier qui lui est soumis rentre dans une catégorie déjà connue. C'est sous ce rapport que l'étude des cérébraux de Lasègue, quoique encore incomplète, est cependant un grand progrès de la médecine légale. Après la folie héréditaire, après l'alcoolisme

après la folie circulaire, après la folie épileptique et la folie hystérique, nous avons les cérébraux de Lasègue, et nous avons des raisons cliniques et des données scientifiques à opposer aux discussions. L'avocat, le magistrat, au lieu de nous demander quel peut être le motif de l'acte qui a été commis, si c'est la vengeance, la jalousie ou la terreur, au lieu de discuter sur le fait lui-même et sur les circonstance qui l'ont accompagné, nous devons faire la

biographie cérébrale de l'individu, depuis sa naissance en remontant même jusqu'à ses ascendants, en le prenant depuis sa naissance, en remontant même jusqu'à ses ascendants en le prenant depuis sa naissance jusqu'au moment où nous l'observons, nous plaçant en présence de caractères physiques et moraux nous permettent de prononcer avec certitude. L'acte incriminé n'est plus qu'un épisode ou un incident, dans la vie totale

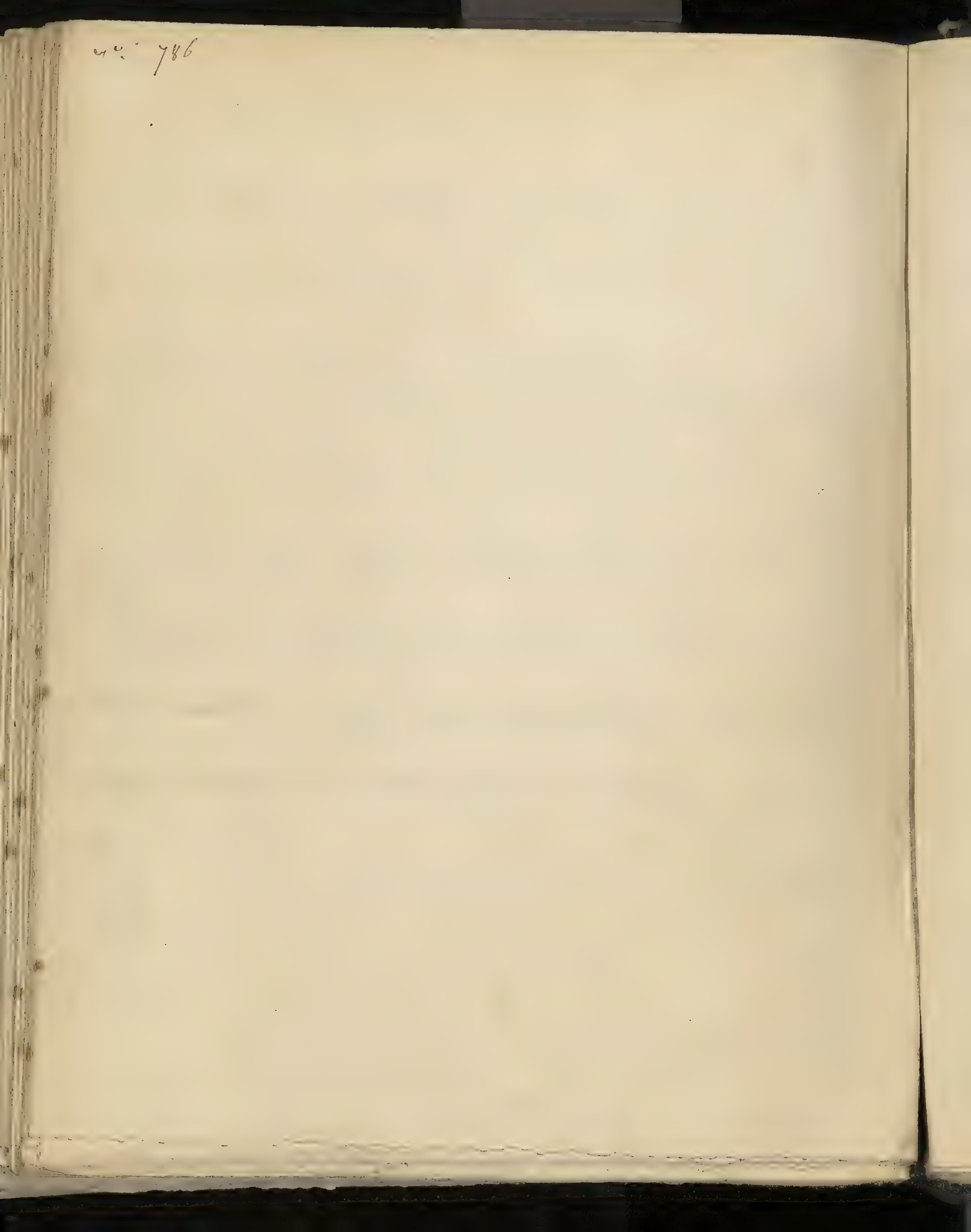
de l'individu. C'est en cela que ces études ont une grande importance et méritent de fixer notre attention. On doit étudier les formes qui ne sont pas encore connues et, à côté de celles que nous connaissons déjà, il faut en chercher d'autres qui ont un caractère clinique bien démontré, bien établi. C'est ainsi qu'on fera faire à la médecine légale et à la pathologie mentale des aliénés un véritable progrès.

J'avais eu l'intention de décrire en deux séances les maladies qui ont fait l'objet de cette leçon ; mais j'ai pensé qu'il suffisait, pour cette année, de donner une idée générale de ces maladies et que je pouvais le faire dans une seule séance qui sera la dernière de cette année. J'ai l'intention de traiter devant vous un sujet, que mon père et moi avons étudié particulièrement ; c'est l'étude des Hallucinations de l'ouï

J'ai beaucoup étudié cette question dans les différentes maladies mentales, surtout dans le délire de persécution, et c'est par cela que j'ai l'intention de terminer les cours de cette année.

Je me permettrai maintenant de distribuer la brochure que j'ai faite autrefois sur l'état mental des épileptiques, comme complément des indications que je vous ai données sur la séance d'aujourd'hui.

Applaudissements


n°. 786

Dimanche 19 décembre 1886.

Messieurs,

Je vais terminer aujourd'hui les leçons que j'ai l'intention de faire cette année. Je vais terminer ces leçons par l'étude rapide, mais malheureusement incomplète des hallucinations,

et surtout des hallucinations de l'ouïe.
Ce sujet est tellement vaste, tellement étendu, il a été étudié par tant d'auteurs, depuis le commencement de ce siècle, qu'il est impossible, dans une seule leçon, d'en parcourir toutes les phases. Cependant, je chercherai à vous donner une idée générale des études faites sur les hallucinations et surtout de la théorie de l'hallucination, en prenant surtout pour exemple l'hallucination de l'ouïe.

Un grand nombre d'ou-

vrages ont été écrits sur ce sujet, en France et à l'étranger. On a rédigé de nombreux mémoires en Français, en Anglais, en Allemand; ce sujet a été extrêmement étudié. Mais cependant l'hallucination n'est connue réellement que depuis Esquirol.

On trouve dans les auteurs anciens, des allusions nombreuses à ces phénomènes de l'hallucination, mais ils n'ont jamais été séparés des phénomènes

du délire, mais surtout de l'illusion ; il a indiqué le caractère spécial qui distingue l'hallucination de l'illusion, et il les a définies ainsi.

L'hallucination consiste à voir, entendre, sentir, toucher un objet qui n'existe pas dans le monde extérieur, c'est à dire à avoir une perception subjective, à percevoir un objet comme existant dans le monde extérieur, alors que cet objet n'existe pas

et n'impressionne pas les sens au ~~point~~ moment où le malade croit l'apercevoir. — Telle est la définition de l'hallucination donnée par Esquirol, définition qui a été adoptée par tous les autres auteurs.

L'illusion consiste dans une erreur à l'occasion d'une sensation réelle.

Dans l'hallucination, l'objet que le malade croit voir, sentir, n'existe pas dans le monde extérieur, ou, du moins

n'impressionne pas les sens au moment où le malade croit l'apercevoir et le sentir ; la sensation est imaginaire : dans l'illusion, au contraire, la sensation existe est réelle, mais elle est erronée.

Il y a plusieurs espèces d'illusions.

Il y a ce qu'on appelle l'illusion des sens, c'est à dire l'altération de l'impression par l'intermédiaire des sens

comme, par exemple, de voir une tour penchée, de voir une allée qui se rétrécit dans le lointain, ou bien une illusion tenant à l'état des sens, comme il y en a dans l'amaurose.

L'illusion de l'intelligence consiste dans une interprétation fausse à l'occasion d'une sensation vraie ; la sensation est réelle, mais l'interprétation est fausse. C'est la véritable illusion admise et définie par Esquirol.

Il y a encore une autre illusion que mon père a appelé : illusion par substitution ; c'est à dire que à l'occasion d'une sensation réelle, l'imagination en délire substitue un autre objet à celui qui est réellement à la portée des sens comme, par exemple, don Quichotte prenant des moulins à vent pour des géants : la sensation réelle consiste à voir des moulins à vent, et la sensation imaginaire consiste à les

transformer en géants, l'imagination substitue des géants au moulin à vent qui frappent les sens.

Le phénomène de l'hallucination est un phénomène très intérieur, absolument en dehors des autres faits connus ; c'est un phénomène primitif, en quelque sorte, et qu'il est difficile de rattacher à un fait connu antérieurement. Cependant, nous savons tous que, dans le rêve, dans des situations diverses de l'esprit ou du système nerveux, nous arrivons à

éprouver des phénomènes très analogues à ceux de l'hallucination. Il y a là une série non interrompue de faits physiologiques et psychologiques qui, depuis l'état normal le plus caractérisé jusqu'à l'état pathologique des aliénés, constitue un sujet très étendu et très intéressant à étudier.

Nous avons d'abord le rêve : il nous représente l'hallucination, telle qu'elle existe chez les aliénés ou dans le délire. Nous savons tous

que, dans les rêves, dans les rêves de cauchemar, dans les rêves de fièvre, nous éprouvons pendant le sommeil, des sensations, soit de la vue, soit des autres sens, tout à fait analogues aux ~~faits~~ phénomènes de l'hallucination. Le rêve peut donc nous donner très facilement une idée de l'hallucination et surtout de l'hallucination de la vue, qui est prédominante dans le rêve, tellement qu'on est allé jusqu'à nier l'existence des autres hallucinations. Cependant, bien souvent,

on entend des voix, et l'on ne peut pas nier que l'hallucination de l'ouïe ne soit véritable dans le rêve.

Indépendamment du rêve qui est un état semi-physiologique, nous avons d'autres états dans lesquels l'hallucination se produit.

Elle se produit dans l'état normal. Chacun de nous a la faculté de se représenter mentalement une sensation ancienne : c'est un phénomène analogue à celui de l'hallucination. Chacun de nous, en effet, possède, à différents

degrès, la faculté de se représenter mentalement un objet absent, qui a été perçu antérieurement, et ceci existe aussi bien pour la vue que pour l'ouïe ; nous pouvons arriver, par la mémoire et l'imagination, à la représentation des objets absents, perçus antérieurement. C'est la mémoire des images, la mémoire des sensations. De même que nous avons la mémoire des idées, nous avons la mémoire des sensations ; mais cette faculté varie beaucoup, non seulement chez plu-

sieurs individus, mais même dans
le même individu. Nous sommes
tous des exemples de cette extrême
variété; nous possédons souvent
une de ces facultés mentales sans
posséder l'autre. Nous pouvons nous
représenter les objets ou les faits
d'une année et pas ceux d'une
autre année. Il y a, sous ce rap-
port, de grandes variétés entre
les individus: les uns dont la
faculté visuelle est très dévelop-
pée, se représentent les objets
avec une grande vivacité; tan-

dis que d'autres se représentent les objets selon la sensation de l'ouïe. Ces phénomènes sont très curieux et ont été observés dans la physiologie expérimentale. Mais ces faits varient beaucoup suivant les moments et les dispositions où l'on se trouve : il y a des moments d'explosion, des moments d'excitation cérébrale, des moments où l'imagination est très vive et pendant lesquels nous nous représentons bien plus vivement

les objets qui à d'autres moments, et où il y a, comme dans certaines maladies, une grande variété dans le degré d'intensité de la représentation. Tous ces faits de l'état physiologique sont très curieux et très importants à connaître, au point de vue de la théorie de l'hallucination.

Indépendamment de ces états physiologiques, nous avons d'autres états qui sont, en quelque sorte, ~~surtout~~ la limite de certaines

maladies nerveuses, sur la limite de certaines excitations cérébrales, où l'imagination acquiert une grande vivacité. Tels sont, par exemple, les poëtes, les musiciens, les compositeurs, les sculpteurs, les peintres. Chacun, dans la direction qui le concerne, a des moments où la vivacité de l'imagination est telle qu'il arrive presque à un degré pathologique, et que le poëte, le peintre, peuvent se représenter l'objet comme s'il était réel. Il en est de même des musiciens qui entendent

des voix, des compositions entières qu'ils n'ont plus qu'à écrire sous la dictée des voix qu'ils entendent. Il y a là une surexcitation nerveuse et cérébrale qui nous donne une idée parfaite de l'hallucination telle qu'elle existe dans les maladies nerveuses et fébriles.

Il y a donc là comme une série non interrompue de phénomènes qui, de l'état physiologique parfait, nous amènent progressivement à l'état pathologique, à l'état maladif

et nous font comprendre les phénomènes de l'hallucination, aussi bien pour la vue que pour l'ouïe.

Mais qu'est-ce qui constitue donc le fait initial de l'hallucination ?

Ce n'est pas la vivacité de l'impression ; ce n'est pas non plus la spontanéité du phénomène ; ce n'est pas non plus le fait de refouler dans le centre cérébral les sensations provenant du monde extérieur, car ce fait est physiologique : il est naturel de se représenter un objet

absent qu'il existe dans la nature, à une distance plus ou moins grande. Il y a là un fait physiologique qui n'est pas du tout de nature pathologique. J'insisterai tout à l'heure sur les caractères principaux de l'hallucination et de la représentation mentale.

Un autre caractère est important à connaître, au point de vue de la transformation de l'hallucination en délire. Pour qu'il y ait délire, non seulement il faut se représenter

les objets absents, mais il faut encore croire à leur réalité extérieure; la croyance à la réalité du fait est indispensable pour qu'il y ait délire. Il y a des ~~délires~~ personnes qui peuvent avoir des sensations imaginaires, sans croire à leur réalité: on en a cité de nombreux exemples. Dans ce cas, l'hallucination, quoique étant un phénomène anormal, n'est pas un phénomène du délire, de la folie; dès lors qu'on constate que ce phé-

nomène est involontaire, qu'on ne croit pas à la réalité de l'objet, on est dans un état semi-normal. Ce phénomène est pathologique; mais il ne rentre dans la folie, qu'à condition de croire à la réalité extérieure de l'objet.

Dans certaines époques historiques, on croyait à la sorcellerie, à la magie, au diable, aux évocations d'esprit; à une époque où ces idées généralement admises, on peut parfaitement admettre que

les grands hommes qui vivaient à cette époque aient partagé cette erreur de toute l'humanité qui les entourait, et n'étaient pas aliénés, bien qu'ils aient cru à la réalité de leurs hallucinations, parcequ'ils étaient entraînés par les croyances de l'époque où ils vivaient. Mais, sans aller jusque là, même dans le cas où il y a une croyance en rapport avec les conditions sociales de l'époque, il n'y a pas d'aliéna-

tion : Ce sont des hallucinations qui on peut considérer comme un état semi-physiologique.

J'ai voulu vous indiquer rapidement toutes ces transformations successives de l'hallucination, arrivant jusqu'à l'aliénation mentale, pour vous faire comprendre combien cette étude est importante. Pour le moment, je vais vous donner quelques indications sur l'étude clinique des hallucinations, en général

Les hallucinations existent, non seulement dans la folie, mais aussi dans une foule de maladies nerveuses et fébriles, où les phénomènes de l'hallucination sont fréquents. Vous savez tous que dans l'alcoolisme, dans le délire toxique occasionné par la belladone, etc, l'hallucination se produit. Les hallucinations sont multiples et ont un caractère spécial qui mérite d'être signalé. Dans d'autres cas

les hallucinations de la vue sont mobiles, fantasmagoriques ; la vision avance, recule, s'agite, longe les murailles, inspire de la terreur. D'autres sont seulement grotesques, fantastiques ; les figures diminuent, grossissent, s'approchent et s'éloignent. Il y a des hallucinations mobiles de la vue, dans le délire toxique ; tandis que, dans les maladies mentales, dans le délire religieux

par exemple, les hallucinations de la vue présentent un caractère différent. Dans l'hallucination religieuse, l'apparition est immobile, muette ; elle arrive tout à coup, au fond d'une chapelle, dans un endroit obscur, mal éclairé ; elle sort de terre en quelque sorte, elle reste immobile et disparaît tout-à-coup ; — tandis que, dans le délire toxique, les apparitions sont mobiles, grandissent et

demeurent et sont terrifiantes.

Il y a donc, dans les hallucinations de la vue, un caractère particulier en rapport avec l'état morbide de l'individu. L'hallucination présente également de nombreuses variétés, selon les formes de maladies mentales et les périodes de ces maladies. Cette étude clinique a une grande importance, non seulement pour le diagnostic, mais surtout

pour le pronostic des maladies mentales et mérite d'attirer notre attention

Il serait très utile de développer beaucoup ce côté de la question; mais le temps me manque aujourd'hui et je ne puis que vous donner des indications abrégées et incomplètes; je vais surtout m'appliquer à vous indiquer ces formes, ces variétés pour les hallucinations de l'ouïe qui sont les plus importantes à étudier dans les maladies mentales.

Les hallucinations de l'ouïe sont très fréquentes dans la folie

Esquirol prétendait que 50 sur 100 aliénés avaient des hallucinations. Cette proportion est de beaucoup exagérée. Quand on étudie attentivement les aliénés, on s'aperçoit que les hallucinations, quoique nombreuses, sont beaucoup moins fréquentes que le prétend Esquirol. Mon père a fait une statistique qui montre qu'il y a 32 à 34 pour 100 d'aliénés ~~pour~~ qui ont des hallucinations. D'abord, il y a certaines formes de

folies qui n'ont pas d'hallucinations. Les fous héréditaires, les fous raisonnants n'ont pas d'hallucinations, presque toujours; il y a d'autres formes, d'autres maladies mentales qui ont des hallucinations; mais, les alcooliques n'en ont pas; il est bon d'insister sur ce fait; — Il en est de même des déments, des idiots, dont l'intelligence est trop affaiblie pour permettre l'existence de l'hallucination, qui est un phénomène très actif

et suppose une activité d'intelligence très grande. Il en est de même de l'état maniaque. Il y a plus d'illusions que d'hallucinations. Dans l'état maniaque, les malades croient voir et entendre; mais, le plus souvent, ils entendent réellement; ils entendent, dans le lointain, des voix qui échappent aux autres assistants. On croit qu'on a affaire à une hallucination, tandis qu'on a affaire à une illusion. Le maniaque interprète les phénomènes

qu'il perçoit et qui existent réellement, et les transforme.

Il croit voir des personnes de connaissance, il voit réellement des personnes devant lui, mais ce sont des personnes qu'il prend pour d'autres : c'est là une illusion, ce n'est pas une hallucination.

Cette revue rapide diminue de beaucoup le nombre des hallucinations chez les aliénés.

Les hallucinations de l'ouïe se produisent d'une façon particulière dans certains cas, dans le délire

de persécution chez la plupart des per-
sécutés il y a des hallucinations de
l'ouïe, et c'est là surtout qu'il y
a plusieurs espèces de phénomènes fo[rt]
intéressants à étudier.
Il y a des persécutés qui n'entende[nt]
des voix que rarement; ce sont tou-
jours les mêmes mots, un petit nom-
bre de mots; ils n'entendent qu'
une voix, toujours les mêmes mots.
D'autres, au contraire, entendent
plusieurs voix, ils distinguent le
timbre de voix des personnes qui
parlent. Il y a des persécutés

qui entendent des voix constamment ; il y en a d'autres qui ne les entendent que d'une manière intermittente. Ils entendent quelquefois des voix d'une seule oreille ; d'autres entendent des voix qui font la demande et la réponse. Les uns entendent des voix dans le voisinage, des voix très raprochées ; quelquefois au contraire, les voix sont à une grande distance, et ils les entendent comme à l'aide d'un porte-voix, à l'aide d'un appareil acoustique. Les uns entendent ~~des~~

toutes les paroles prononcées en leur présence et croient qu'elles leur sont adressées ; les autres, au contraire, croient entendre parler des personnes qui sont devant eux et qui sont muettes. C'est là une variété de l'hallucination ; ils croient entendre parler les personnes présentes ; c'est un cas particulier de l'hallucination.

Il y a donc une grande variété dans l'hallucination de l'ouïe, chez les persécutés en particulier, mais ce qui est surtout intéressant, c'est

di étudier l'évolution de cette hal-
lucination, car il y a une évolution
très interessante à étudier correspon-
dant à trois ou quatre périodes de
la maladie.
Dans la première périodes, il n'y a
pas d'hallucinations proprement
dites, il n'y a que des interpréta-
tions délirantes. Les malades enten-
dent réellement les personnes qui
parlent dans la rue, dans leur
chambre; les voix sont réelles
mais ils les interprètent : ils croient
qu'on se moque d'eux, qu'on
les tourne en ridicule, qu'on

les insulte, que, dans les rues, dans
les cabarets, on s'occupe d'eux,
on fait allusion à leur propre pen-
sée : c'est là une illusion. Le ma-
lade entend réellement les paroles
mais il les transforme et les rap-
porte à sa personnalité, ils croient
entendre des personnes qui parlent
de lui. Les voix sont réelles, mais
il interprète les paroles qu'il entend
il croit qu'on s'occupe de lui. C'est
là le premier degré, c'est l'illu-
sion. Il est interessant d'étu-
dier le passage successif, sou-

vent très lent quelquefois rapide qui conduit de l'illusion à l'hallucination.

Chez la plupart des persécutés, ils commencent par entendre des voix, et peu à peu, ils substituent leur propre pensée à cette audition vague. On chuchote à leur oreille, ils perçoivent mal les sons ; peu à peu ils arrivent à entendre des voix mais ce n'est que la transformation de l'illusion primitive.

Il y a là un passage de l'illusion mentale à l'hallucination

proprement dite. C'est le premier degré de l'hallucination chez les persécutés.

Mais, à cette période qui est la ~~dernière~~ période aiguë, l'hallucination de l'ouïe arrive. C'est au moment où le malade entend le moins, où il y a un silence général, qu'une voix se fait entendre pour l'insulter, pour l'injurier, et ces voix répètent presque toujours le même mot ou le même membre de phrase, ils entendent des mots grossiers, des injures

ou des phrases courtes qui les engagent, qui les poussent à commettre des actes violents, comme par exemple:

— Tue-le!

— Tue-la!

— C'est lui!

Ce sont des phrases très courtes qui sont les symptômes propres de l'hallucination de l'ouïe. Mais cela représente une voix extérieure et le malade n'a pas du tout conscience qu'il y ait un rapport entre ce phénomène extérieur et sa véritable personnalité

Cet état dure très longtemps, dans le délire de persécution; mais peu à peu, l'hallucination se transforme et se complète, et devient de plus en plus complexe. Les persécutés entendent des voix plus nombreuses, quelquefois des voix diverses de personnes qu'ils ont connues et qui les insultent; ils entendent des phrases de plus en plus longues, et peu à peu la personnalité du malade se dédouble; il y a en lui le pour

et le contre, le bon et le mauvais génie, le mauvais ange et le bon âge, Dieu et le diable ; il y a la personnalité du malade qui conçoit les idées et une personnalité étrangère qui les rejette ; il y a la personnalité qui lutte et attaque, et il y a celle qui défend. Il y a dédoublement, rupture dans la personnalité du malade. Cela existe dans la plupart des persécutés, à une période avancée de leur maladie.

Ceci est très important à connaître

au point de vue des hallucinations de l'ouïe. Il y a, chez la plupart de ces malades, cette dépossession d'eux-mêmes : ils se sentent dépossédés en quelque sorte par une personnalité étrangère qui gouverne leur pensée, qui y répond ; il y a là un colloque entre le malade et des interlocuteurs imaginaires. C'est un degré plus avancé et une période beaucoup plus chronique de la maladie. Il est donc très important d'étudier les hallucinations de l'ouïe, non seu-

lement en elles-mêmes, mais aussi dans leur rapport avec les diverses variétés de folies et avec le délire de persécution ; ces phénomènes sont très importants à étudier ; ces phénomènes sont très importants à étudier. Il suffit d'entendre un malade vous dire qu'on lui prend ses idées, qu'on y répond, qu'il n'en n'est plus maître, pour pouvoir affirmer que sa maladie est déjà très avancée, que ce malade est arrivé à une période déjà très avancée. Ceci n'arrive pas à la première période

Cette étude de l'hallucination et surtout de l'hallucination de l'ouï est très interessante et mérite d'attirer notre attention et d'être faite avec beaucoup de soin. Mais, ce que nous connaissons n'est pas le dernier terme de l'hallucination car, dans ce dernier terme, la personnalité divisée en deux, est tellement distincte que l'individu perd sa personnalité propre. Non seulement il répond à l'interlocuteur imaginaire, mais il cesse de penser par lui-même,

de penser par lui-même, il n'a plus le droit de penser, sa personnalité a disparu ; il est dominé par une personnalité étrangère qui lui prend toutes ses idées avant même qu'il les ait conçues. Le malade entend répéter ses idées au dehors ; il entend comme une répercussion de sa pensée, et c'est à un tel point, que sa propre personnalité finit par disparaître. Auparavant, il y avait le moi et le non moi ; mais la personnalité disparaît ; il n'y a plus que des voix étrangères

qui ont pris sa place, et le malade n'est plus maître de sa pensée. Toutes ses pensées lui sont enlevées, elles appartiennent à d'autres, elles sont répétées au dehors ; il n'a plus d'idées personnelles. C'est à ce dernier terme surtout que le malade arrive, quand, au délire de persécution s'ajoute le délire des grandeurs.

Ces trois périodes de l'hallucination de l'ouïe, dans le délire de persécution, sont extrêmement intéres-

santes à étudier dans leurs détails
Il y a là un vrai progrès à faire
pour l'étude des maladies mentales
Je regrette d'être obligé d'écourter
ce côté de la question qui aurait
un grand intérêt à être développé,
et même mériterait d'occuper plu-
sieurs leçons ; mais le temps me
presse, et j'ai hâte d'arriver à
la théorie générale de l'hallucina-
tion. Les faits que je viens de vous
indiquer, au commencement de
cette leçon, ont eu pour but sur-

tout d'éclairer cette théorie.

Il y a, dans les auteurs qui ont traité cette question, de grandes divergences d'opinions à cet égard, et l'on peut ramener à trois théories toutes celles qui ont été ~~ad~~-émises jusqu'à présent : la théorie sensoriale, la théorie psycho-sensoriale, et la théorie psychique. Telles sont les trois théories qui dominent, dans les divers auteurs.

La théorie sensoriale devait se présenter la première à l'esprit

Dans cette théorie il s'agit de sensation ; on croit que la sensation doit se produire la première ; aussi a-t-on placé presque toujours le siège de l'hallucination dans le centre cérébral. Vous savez qu'il y a trois parties : l'appareil externe, le nerf sensorial des transmissions, et le centre cérébral de la perception.

Le principe des théories émises s'appuie tantôt sur le sens externe, tantôt sur le nerf senso-

rial de transmission, tantôt sur le ~~sens~~ centre cérébral de perception. Des expériences pathologiques et physiologiques très intéressantes ont été faites. Elles consistent à excîter un nerf sensorial par des procédés divers, à exciter le sens de la vue, de l'ouïe, par exemple, et à produire des sensations spéciales. Tous les physiologistes ont établi que, lorsqu'on excîte un nerf sensorial, on produit une sensation spéciale; de nombreuses

expériences ont été faites, et les au-
teurs et les physiologistes arrivent
tous à ce principe, que l'excitation
d'un nerf sensorial spécial donne
une sensation spéciale. Quand on
excite le nerf optique, par un procé-
dé quelconque, on obtient de la lu-
mière, des étincelles, des gerbes de
feu, des flammes, des phénomènes
lumineux. Il en est de même du
nerf acoustique : en l'excitant, on
obtient des phénomènes acoustiques.
De là, à conclure qu'on peut obtenir

des hallucinations, il n'y a qu'un pas, et c'est ce pas que les auteurs ont fait pour arriver à la théorie sensoriale. On a remarqué qu'en excitant le nerf optique ou le nerf acoustique, on déterminant des phénomènes de la vue ou de l'ouïe ; on a conclu que l'hallucination avait son siège dans ce centre cérébral optique ou acoustique et on est arrivé à cette théorie que dans l'impression normale, l'objet extérieur frappe les sens interne et arrive au centre cérébral, tandis

que l'hallucination est un raisonnement déterminé par une sensation centrifuge, en quelque sorte, qui, partant du centre, se reporte sur l'extérieur : Dans le premier cas, l'effet se produit du dehors en dedans ; dans l'autre cas, il se produit du dedans au dehors. C'est sur ce principe qu'on a établi la théorie sensoriale. Les expériences pathologiques sont venues confirmer cette idée, et, dans certaines maladies

on a vu se produire aussi des phénomènes lumineux et acoustiques. On est donc arrivé à cette conclusion que l'hallucination avait son siège dans le centre cérébral spécial correspondant à un nerf sensorial spécial, et que c'était un phénomène physiologique, qui ne devait pas avoir son siège dans le centre psychique. C'est la théorie sensoriale défendue par Darwin, et, dans ces derniers

temps, par un grand nombre d'au-
teurs, notemment par M. Rétis,
et on a fait beaucoup de travaux
à ce sujet. Cette théorie est très
rarement admise aujourd'hui ; elle
repose sur le caractère que je viens
d'indiquer ; mais, il y a de gran-
des objections, et j'insisterai tout
à l'heure sur ces objections.

A côté de la théorie sensoriale,
il y a une autre théorie qui
est celle de M. Baillarger, la
théorie mixte psycho sensoriale.

M. Baillarger admet

et d'autres auteurs l'admettent avec lui ; des sensations psycho-sensoriales. Il ajoute à la théorie sensoriale un élément intellectuel. En effet, il est impossible, quand on étudie attentivement l'hallucination, surtout l'hallucination de l'ouïe, il est impossible de supprimer le rôle de l'intelligence, il est impossible de méconnaître qu'il y a un côté intellectuel très important, et l'hallucination de l'ouïe repose sur le rap-

port qu'il y a entre notre intel-
ligence, à l'état normal, entre la
pensée et le mot et la parole.
Il est impossible à l'homme de
concevoir une idée sans avoir un
mot, et un son de voix corres-
pondant à ce mot. Il est donc
impossible de concevoir une idée
répercutée au dehors sous forme de
voix, sans la concevoir avec un
mot et avec le son de voix qui
y correspond. Dans le phéno-
mène de l'hallucination de

l'ouïe est relié intimement aux phénomènes psychiques, c'est-à-dire, à la mémoire, à l'imagination, à la reproduction psychique des phénomènes perçus. Dans le phénomène de l'ouïe, on ne pas séparer le mot et le son de voix de la pensée, dès lors qu'on entend répéter une idée au dehors sous forme de mot et de voix; il y a là un phénomène psychique qu'on ne peut pas supprimer.

M. Baillarger a cherché à

démontrer que ces deux éléments, l'élément intellectuel et l'élément sensorial, sont réunis dans les hallucinations, surtout dans l'hallucination de l'ouïe. D'une part, il admet l'élément sensorial comme certain, comme les autres auteurs. Dans l'hallucination de l'ouïe, la voix est parfaitement distincte; le son de la voix est analogue à celui d'une voix réelle.

Il est impossible de ne pas admettre le phénomène sensorial

Pour les auteurs qui défendent cette théorie, la conception mentale ne suffit pas pour expliquer l'hallucination. La voix est tellement distincte, il y a une netteté de son telle que beaucoup de malades disent : Comment voulez-vous que je nie les voix que j'entends, puisqu'elles sont aussi claires que votre voix ? Je les entends comme j'entends la vôtre ; elles ont pour moi absolument le même caractère.

Voilà ce que disent certains

malades.

Mais, il y a beaucoup de cas où les hallucinations des aliénés ne présentent pas ce caractère.

Il y a des malades qui distinguent entre la voix réelle et la voix imaginaire de l'interlocuteur qui n'existe pas. Il y a de grandes différences dans le degré d'hallucination, chez la plupart des aliénés, par conséquent, cet argument n'a pas la valeur qu'on lui a donnée.

M. Baillarger d'autre part

ne voulant pas méconnaître l'influence de l'élément intellectuel, a cherché à fusionner ces deux éléments, l'élément intellectuel et l'élément sensorial, et à admettre leur existence simultanée dans l'hallucination. Il a admis l'hallucination psycho-sensoriale; seulement, il a admis en même temps une autre catégorie d'hallucinations qu'il a appelées psychiques, et il a cherché à concilier les deux opinions opposées.

D'une part il admet l'hallucination psycho-sensoriale et, d'autre part, les hallucinations psychiques, qui ne sont plus celles des aliénés que nous observons tous les jours dans les asiles.

Donc, vous voyez que les auteurs qui ont le mieux étudié les hallucinations, surtout les hallucinations de l'ouie, ont été amenés tout en constatant l'élément sensorial dans l'hallucination, à y ajouter un élément intellec-

tuei. Ceci nous amène directement à la théorie d'Esquirol, à la théorie psychique.

Dans cette théorie, qu'on appelle psychique, on ne veut pas dire que, dans l'hallucination, l'imagination agit indépendamment du cerveau: on veut dire que le phénomène de l'hallucination se passe dans le centre psychique, mais ne se passe pas dans le centre cérébral. Or, tous les faits observés pour l'hallucination de l'ouïe, nous condui

sent à cette conclusion, que les hallucinations de l'ouïe se produisent d'après la loi des phénomènes cérébraux; c'est à l'occasion de phénomènes physiologiques que l'aliéné arrive à l'hallucination de l'ouïe. Cela se fait par un procédé absolument physiologique. Plus on étudiera attentivement l'hallucination de l'ouïe, plus on verra qu'elle est liée intimement à tous les phénomènes intellectuels, aussi bien dans le

délire que dans l'état normal.
Il faut donc refaire la physiologie de la représentation mentale et arriver par degrés successifs à l'imagination.
Le premier degré est la vivacité de cette représentation mentale chez les poètes, par exemple, chez les peintres, chez les musiciens, chez les compositeurs. Mais ce qui caractérise la représentation mentale, c'est qu'elle ne se sépare pas du moi qui l'a conçue

chacun de nous, en se représentant
un objet extérieur, sait très bien
qu'il est pour quelque chose dans
cette représentation mentale ; il sent
qu'il est actif : c'est par la volonté
qu'il le fait surgir, c'est par la vo-
lonté qu'il le maintient devant ses
yeux, c'est par la volonté que
le phénomène peut se conserver un
certain temps, c'est par la volonté
qu'il disparaît.

Aussitôt que cesse la volonté de
se représenter, de voir, un objet,

il disparaît.

Il y a là un phénomène de volonté tellement grand, que jamais ce phénomène ne se sépare du moi qui l'a conçu. Or, ce qui caractérise les phénomènes de l'hallucination, c'est qu'ils se produisent en dehors du moi, et que la volonté ne peut ni les faire naître, ni les retenir; ce n'est pas seulement la spontanéité du phénomène, mais c'est surtout la rupture entre le phénomène et le moi, qui produit l'hallucina-

-tion ; l'hallucination se produit chez le malade par un mouvement automatique, en quelque sorte, de son cerveau, sans savoir qu'il est actif dans cette production. C'est le caractère qui sépare l'hallucination normale de la représentation mentale.

Il y a donc une différence essentielle, il y a un abîme creusé entre les deux phénomènes ; cet abîme, c'est la séparation entre le phénomène et le moi, dans l'hal-

lucination ; le phénomène est objec-
tif au lieu d'être subjectif ; c'est
la rupture, c'est la lutte entre le
moi et le non moi, comme di-
sent les philosophes allemands.
Il y a donc une pensée qui se dé-
tache de l'individu qui l'a conçue.
C'est ce qui sépare l'hallucina-
tion de la représentation men-
tale. Il n'y a donc pas de
transition absolument insensible
entre les deux phénomènes : il

y a rupture ; il y a une différence fondamentale. Donc, ces deux phénomènes sont différents, tout en étant un degré différent du même fait physiologique.

Plus on étudiera l'hallucination, et surtout l'hallucination de l'ouïe, plus on arrivera à se convaincre de la vérité de cette théorie. Ce qui a fait la confusion, c'est qu'on s'est appuyé surtout dans les études qui ont été faites, sur les hallucinations de la vue plutôt que sur

les hallucinations de l'ouïe. Dans les hallucinations de la vue, il y a, en effet, des phénomènes particuliers qui permettent la confusion, et c'est ce qui m'arrête à cette dernière conclusion, qu'il faut distinguer la perception subjective de l'hallucination proprement dite. Dans l'hallucination de la vue ont voit des étincelles, des flammes, du feu, et ces phénomènes peuvent se transformer en lumière, en phénomènes lumineux de formes vagues

mais ils n'arrivent jamais à constituer ce qu'on appelle une image, la perception subjective ne donne lieu qu'à une perception élémentaire, comme dans l'alcoolisme où dans certaines formes de maladies cérébrales organiques. On voit des flammes, des étincelles, des gerbes de feu, comme on le voit dans l'épilepsie, on voit des phénomènes lumineux, sous une forme vague, mais on ne voit pas des images, des personnages, des animaux. Or, la perception subjec-

tive, aussi bien pour la vue que pour l'ouïe, ne peut donner que des sensations élémentaires; des bruits de cloches, de tambour pour l'oreille; des flammes, du feu, des phénomènes lumineux, pour la vue; mais elle ne peut pas donner des sons de voix, ou des paroles proférées, exprimées sous forme de voix.

Il y a donc deux ordres de phénomènes distincts = la perception subjective qui donne lieu aux phénomènes de sensations élémentaires;

et l'hallucination, dont les phéno-
mènes psychiques résident dans le
centre cérébral, et non pas dans le
centre sensorial, et qui donne lieu
à l'image pour la vue et à la voix
pour l'ouïe, c'est à dire à la parole
articulée, nettement représentée par des
mots et par des sons. Il y a là
deux ordres de phénomènes parfaite-
ment distincts, qu'on a confondus
et qu'on nie : la sensation élémen-
taire produite par le centre senso-
rial, et la sensation élémentaire

produite par le centre sensorial, et la sensation plus complète, arrivant à l'image pour la vue, et au son de voix, à la parole pour l'ouïe ; sensation qui ne peut se produire que par l'idée, par la mémoire, par l'imagination, et dans laquelle ce sont les semblables qui se repoussent et les contraires qui s'attirent. On a remarqué, chez les religieux, par exemple, que c'est au milieu des pratiques de la religion, que surgissent les idées érotiques,

que c'est au moment où l'on cherche à combattre la tentation en s'appuyant sur la pensée de Dieu, que les idées diaboliques, les idées infernales, surgissent. Ce phénomène a été remarqué chez les religieux dans tous les temps. Il y a là une loi de l'association des idées, et les phénomènes se produisent tantôt par les semblables qui se repoussent, tantôt par les contraires qui s'attirent. Ce sont des lois psychiques, mais ce ne sont pas

des lois sensoriales, l'hallucination
se produirait d'une manière continue
si c'étaient des lois sensoriales; tan_
dis que l'hallucination se produit
d'une manière instantanée, tout
à fait accidentelle. L'hallucina_
tion de la vue est un épisode
dans la vie de l'aliéné; elle se
produit à un moment de son
existence, d'une façon particulière,
instantanément, dans un moment
de grande excitation cérébrale;
elle n'a pas lieu dans toute son

existence ; c'est un fait accidentel, instantané, mais ce n'est pas un fait constant. Si vous supposiez que le centre sensorial est le siége de l'hallucination, vous deviez admettre que l'hallucination doit toujours se reproduire la même, d'une façon identique et monotone, — tandis qu'elle varie selon les lois de l'intelligence humaine, selon les besoins de la cause, en quelque sorte. Les hallucinations de l'ouie ont une influence sur la sensibilité générale ; c'est au moment où personne

ne vous parle que vous entendez une voix, que vous entendez une voix, qu[e] vous sentez des secousses, des sensation[s] pénibles, et souvent la voix que vous entendez vous avertit que vous allez souffrir de telle ou telle manière et la sensation arrive comme la voix l'a indiqué. Il y a là un lien avec les lois psychiques de l'intelligence humaine, qui ne peuvent pas s'expliquer par un phénomène purement sensorial. Plus on étudiera l'hallucination, surtout l'hallucination de

l'ouïe, plus on arrivera à se convaincre que la théorie cérébrale répond à tous les cas, tandis que la théorie sensoriale n'y répond pas.

Pour les perceptions subjectives, vous pouvez les expliquer par les phénomènes sensoriaux; mais, pour les hallucinations vraies, il faut en chercher la raison dans le cerveau, dans les phénomènes psychiques, et non pas dans les phénomènes sensoriaux.

Donc, les trois théories qui règnent aujourd'hui, au sujet de

l'hallucination, la théorie la plus complète et la plus vraie est la théorie psychique, et plus on étudiera cliniquement les hallucinations, surtout les hallucinations de l'ouïe, plus on arrivera à se convaincre de la vérité de cette doctrine.

C'est, en quelque sorte, puisqu'elle remonte à Esquirol, mais il faut la perfectionner, sans la détruire ; il ne faut pas la détruire, comme ont voulu le faire les partisans de la théorie purement sensoriale - Au

lieu de voir l'hallucination dans les centres sensoriaux, qui correspondent aux nerfs sensoriaux, il faut la voir au contraire, dans les centres psychiques et admettre que les hallucinations ne se produisent et ne s'expliquent que selon les lois de l'intelligence humaine, pour l'association des idées, par la mémoire et non par les lois de la sensation. C'est la conclusion à laquelle je voulais arriver.

Je regrette beaucoup d'avoir été si bref et de ne pouvoir pas donner

plus de développement à un sujet aussi important qui mériterait une monographie que ne comporte pas le cadre d'une seule leçon ; seulement, j'ai voulu, en terminant ce cours, vous donner une idée générale sur les phénomènes de l'hallucination.

Il ne faut pas dire que les hallucinations ont un caractère spécial qui en fait une sorte de maladie, ou qu'elles appartiennent à toutes les folies. L'hallucination est un symptôme, mais c'est un symptôme

re dominant qu'il mérite d'attirer toute l'attention. Il ne faut pas admettre la folie sensoriale, mais il y a des folies où l'hallucination est constatée, par exemple, dans le délire de persécution chronique, les hallucinations sont extrêmement nombreuses; il y a des hallucinations de la vue, et de presque tous les sens, mais surtout de la vue; la vue, en général, se trouve atteinte, quelquefois sous forme de perception subjective. Le délire de persécution

présente donc de véritables hallucina-
et souvent on le désigne sous ce nom.
Il n'existe pas de folie sensoriale
comme l'ont soutenu plusieurs au-
teurs ; l'hallucination, même la
plus dominante, n'est pas le seul
phénomène de l'hallucination, il
y a toujours autre chose ; il y a les
conceptions délirantes, il y a le trou-
ble mental, il y a les troubles ner-
veux de la maladie. Il n'y a
donc pas de folie hallucinatoire ;
l'hallucination n'est pas une ma-

ladie mais un symptôme qui s'observe dans les différentes maladies, dans le délire de persécution, dans le délire toxique, dans le délire des maladies nerveuses ou mentales.

C'est donc un symptôme, puisque ce phénomène existe non seulement dans la pathologie mentale, mais aussi dans la pathologie ordinaire.

C'est un symptôme, mais ce n'est pas une maladie.

De nombreuses explications ont paru sur cet important sujet; des livres existent partout qui traitent cette

question, et tous les jours encore on s'occupe de ce phénomène, qui mérite de plus en plus d'être étudié avec le plus grand soin. Il reste encore beaucoup à faire, mais les nombreux travaux qui existent déjà facilitent l'étude de cette question, et il y a là une mine précieuse de recherches pour les travailleurs.

Je termine ici les cours de cette année. Je vous remercie, Messieurs, de votre bienveillante attention et de votre assiduité. J'aurais voulu donner plus de développement à

cette question et entrer dans plus de détails sur la clinique des maladies mentales. Je regrette de ne pouvoir continuer plus longtemps, et je renvoie à une autre année l'étude d'autres formes de maladies, que je n'ai pas pu aborder cette année.

(Applaudissements)



